

Lotta Lyytinen

PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA RAUHANTURVAAJIEN
KUNTOUTUKSESSA

Fysioterapian koulutusohjelma
2017

Lyytinen, Lotta
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Lokakuu 2017
Sivumäärä: 57
Liitteitä:

Asiasanat: Rauhanturvaaminen, mielenterveys, keho ja mieli, trauma, psykofyysinen fysioterapia

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli rauhanturvaajien kuntoutuksen kehittäminen psykofyysisen lähestymistavan avulla. Yhteistyökumppanina ja työn tilaajana toimii rauhanturvaajien kuntoutusta järjestävä Laitilan Terveyskoti ja kohderyhmänä ovat kuntoutukseen tulevat rauhanturvaajat.

Tammikuussa 2017 astui voimaan kaksi uutta lakia, jotka korvasivat sotilastapaturmalain. Entisen sotilastapaturmalain vuoksi rauhanturvaajien kuntoutukseen pääseminen on ollut hyvin haastavaa, koska laki ei ole huomionnut ulkomailla tapahtuvaa kriisinhallintatyötä. Korvauksista päättänyt Valtiokonttori on tulkinut lakia hyvin tiukalla otteella ja erityisesti psyykkiseen oireiluun on ollut vaikeaa saada apua.

Uusien lakien myötä kuntoutukseen pääseminen ja avun saaminen erilaisiin oireisiin saattaa olla helpompaa, joten kuntoutuksen kehittäminen on ajankohtaista ja perusteltua.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen menetelmiä ovat teoreettinen viitekehys, psykofyysiset harjoitteet ja Firstbeat-hyvinvointianalyysi. Teoreettisen viitekehysten aihealueiksi valittiin kehon ja mielen välinen liitto, trauma ja sen vaikutukset, trauman jälkeiset reaktiot ja psykofyysisen fysioterapian keinot trauman hoidossa. Työn tavoitteena oli lisätä fysioterapeuttien ja kuntoutukseen osallistuvien rauhanturvaajien tietoisuutta edellä mainituista aiheista.

Toiminnallisen työn tuloksena syntyi kattava teoriaosuus ja psykofyysisten harjoitteiden harjoitteenkooste käytännön työtä varten. Teoreettisen viitekehysten pohjalta tekemieni päätelmien mukaisesti harjoitteet keskittyvät kehotietoisuuden kehittämiseen, ihmisen asentoon ja lihasjännityksiin sekä hengitykseen.

Psykofyysisiä harjoitteita ei ole käytetty Suomessa rauhanturvaajien kuntoutuksessa, vaikka sitä suositellaan trauman kokeneille henkilöille. Harjoitteita ei työn resurssien vuoksi pilotoitu, joten jatkossa on tärkeää, että harjoitteita kokeillaan käytännössä. Tällöin niiden toimivuutta voidaan arvioida ja niistä saadaan lisätietoa. Perusteltua on, että rauhanturvaajille järjestettäisiin tulevaisuudessa useamman kerran kokoontuva ryhmä.

PSYCHOPHYSICAL PHYSIOTHERAPY IN THE PEACEKEEPERS REHABILITATION

Lyytinen, Lotta

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

October 2017

Number of pages: 57

Appendices:

Keywords: Peacekeeping, mental health, body and mind, trauma, psychophysical physiotherapy

The purpose of this thesis was to develop peacekeepers rehabilitation with psychophysical perspective. Cooperation partner and subscriber of the work is Laitilas health home who organizes rehabilitation for peacekeepers and the target group is peacekeepers who attend to rehabilitation.

In January 2017 two new laws came into effect and they replaced the soldier accident law. Because of the previous soldier accident law getting into the rehabilitation has been very challenging. The law hasn't considered the crisis management which happens on the abroad and the State Treasury has interpreted the law very tightly. Especially it has been very difficult to get help to the psychical symptoms. With the new laws getting into the rehabilitation and receiving help to the different kinds of symptoms might be easier, so developing rehabilitation is current and justifiable.

This thesis is a practice-based work and its methods are theoretical framework, psychophysical exercises and Firstbeat Lifestyle Assessment.

The theoretical frameworks subjects, the alliance between the body and the mind, trauma and its effects, reactions after the trauma and psychophysical physiotherapy's ways in treating trauma were selected. The objective was to increase physiotherapists and peacekeepers knowledge about the previous mentioned subjects.

As a result of the practice-based work, comprehensive theory and psychophysical exercise aggregation for practical work was produced. By the conclusions which I made from the theoretical framework, the exercises focus to develop body awareness, human posture and muscle tension as well as breathing.

Psychophysical exercises haven't been ever used before in Finland and in the peacekeepers rehabilitation although it is recommended to people who have experienced trauma. Because of the resources of the work, exercises were not pilot. In the future it is important that exercises are being tested in practice. That way exercises functionality can be evaluated and we get more information about them. It is justified that in the future peacekeepers group which gathers many times would be organized.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	7
3	OPINNÄYTETYÖN TILAAJA.....	7
4	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT	8
4.1	Teoreettinen viitekehys	9
4.2	Psykyfyysiset harjoitteet	9
4.3	Firstbeat-hyvinvointianalyysi	11
5	RAUHANTURVAAMINEN ELI KRIISINHALLINTA	12
5.1	Historia.....	12
5.2	Psykososiaalinen tuki.....	14
6	RAUHANTURVAAJIEN KUNTOUTUKSEN JURIDISET PUITTEET	14
6.1	Laki sotilastapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta.....	14
6.2	Laki tapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta kriisinhallintatehtävässä	15
7	MIELENTERVEYS	17
8	KEHON JA MIELEN VÄLINEN LIITTO	19
9	TRAUMA JA SEN KOKONAISVALTAISET VAIKUTUKSET.....	20
9.1	Psyykinen stressi.....	20
9.2	Psyykinen trauma.....	21
9.3	Traumaattisen kriisin kulku ja käsittelyprosessi	24
9.4	Trauman vaikutukset kehoon, mieleen ja aivoihin	26
10	TRAUMANJÄLKEISET REAKTIOT	30
10.1	Äkillinen stressireaktio	31
10.2	Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD).....	32
10.2.1	Diagnostiikka	33
10.2.2	Epidemiologia, kulku ja ennuste.....	34
10.2.3	Etiologia.....	35
10.2.4	Hoito	37
11	PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA.....	40
11.1	Psykyfyysisen fysioterapian keinot trauman hoidossa	42
11.1.1	Kehotietoisuus	43
11.1.2	Keho viestittäjänä	45
11.1.3	Hengitys	47
12	POHDINTA.....	47
13	LÄHTEET	55

1 JOHDANTO

Rauhanturvaaminen on alkanut Suomen osalta vuonna 1956 Suomen osallistuessa ensimmäistä kertaa YK:n rauhanturvatoimintaan. Rauhanturvaamisella on pyritty säilyttämään kansainvälinen rauha ja turvallisuus. 1990-luvulta alkaen konfliktien luonteiden muuttuessa valtioiden välisistä, valtioiden sisäisiin konflikteihin perinteisen rauhanturvaamisen toteuttaminen on ollut haastavaa. Rauhanturvaajien toiminta on muuttunut vaativammaksi, koska enää ei ole rauhaa mitä turvata. Joukot ovat keskellä sisällissotaa, jossa konfliktin eri osapuolet ottavat verisesti yhteen. (Yhdistyneiden Kansakuntien [www-sivut 2017.](#))

Kuormittavat elämäntapahtumat voivat laukaista tai pahentaa monenlaisia mielenterveyden häiriöitä (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 357-358).

Traumaterapiakeskuksen mukaan trauma on henkinen tai ruumiillinen vaurio tai haava, joka syntyy traumaattisen tapahtuman seurauksena ja joka aiheuttaa traumaattista stressiä (Traumaterapiakeskuksen [www-sivut](#)). Tapahtumat ovat yleensä syy äkillisen stressireaktion ja traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) syntymiselle. Äkillinen stressireaktio on voimakkaan ja äkillisen psyykkisen järkytyksen aiheuttama lyhytaikaisempi häiriö, kun taas traumaperäisessä stressihäiriössä on kyse pidempiaikaisesta, usein viivästyneesti alkaneesta vakavasta järkytysoireyhtymästä. (Lönnqvist ym. 2017, 357-358.)

Traumaattiset tapahtumat muuttavat mieltä sekä tunteita (Kolk 2017, 9). On tärkeää ymmärtää se, miten trauma vaikuttaa kehoon ja miten keho voi toimia trauman jälkeisten vaikutusten hoitamisessa, koska silloin traumaa voidaan hoitaa kokonaisvaltaisesti (Levine 2008, 11).

Psykofyysisen fysioterapian tavoitteena on edistää ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä. Sen perustana on psykofyysinen eli kokonaisvaltainen ihmiskäsitys, jossa keho ja mieli ovat kokonaisuus ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Psykofyysinen fysioterapia soveltuu kaikkeen fysioterapeuttiseen työhön ja sitä suositellaan esimerkiksi henkilöille, joilla on traumasta tai post-traumaattisesta stressireaktiosta aiheutuneita fyysisiä oireita. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen [www-sivut 2017.](#))

Rauhanturvaajien kuntoutukseen pääseminen on ollut hyvin haasteellista ja varsinkin psyykkiseen oireiluun on ollut vaikea saada apua (Mäkinen 2016, 16). Suurin syy, joka on rajoittanut kuntoutukseen pääsemistä, on ollut entinen sotilastapaturmalaki (Mäkinen 2016, 18). Laki oli laadittu kotimaassa tapahtuvan varusmiespalveluksen näkökulmasta, jolloin se ei huomioinut ulkomailla tapahtuvaa kriisinhallintatyötä eikä sodan kaltaisia oloja. Korvauksista päättänyt Valtiokonttori on tulkinnut lakia hyvin tiukasti. (Moksu 2016; Mäkinen 2016, 18.)

Tammikuussa 2017 astui voimaan kaksi uutta lakia, jotka korvasivat sotilastapaturmalain: laki sotilastapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta sekä laki tapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta kriisinhallintatehtävissä (Työeläkelakipalvelun www-sivut 2017). Uusien lakimuutoksien myötä tapaturmakorvausten maksaminen paranee, loukkaantuneet rauhanturvaajat voivat päästä helpommin kuntoutukseen ja henkisen avun saaminen helpottuu (Moksu 2016).

Opinnäytetyön tilaajana toimii rauhanturvaajien kuntoutusta järjestävä Laitilan Terveyskoti ja kohderyhmänä ovat kuntoutukseen tulevat rauhanturvaajat. Työn tarkoituksena on rauhanturvaajien kuntoutuksen kehittäminen psykofyysisen lähestymistavan avulla. Psykofyysistä fysioterapiaa ei ole koskaan käytetty Suomessa rauhanturvaajien kuntoutuksessa eikä samankaltaista työtä ole vielä tehty. Kuntoutuksen kehittäminen on ajankohtaista uusien lakimuutoksien takia, mutta myös sen vuoksi, että rauhanturvaajien toiminta on muuttunut luonteeltaan haastavammaksi, jolloin sillä voi olla vaikutusta psyykkisen oireilun lisääntymiseen.

”Siellä ollaan todellakin sotaa muistuttavissa olosuhteissa”,

(Suomen Rauhanturvaajaliiton puheenjohtaja Paavo Kiljunen YLE:n vuonna 2016 ilmestyneessä artikkelissa (Moksu 2016)).

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää rauhanturvaajien kuntoutusta psykofyysisen lähestymistavan avulla. Tarkoituksena on valita ja esitellä 10 psykofyysisistä harjoitusta, joita voidaan hyödyntää käytännön työssä.

Työn tavoitteena on lisätä fysioterapeuttien ja kuntoutukseen osallistuvien rauhanturvaajien tietoisuutta kehon ja mielen väliseen yhteyteen, traumaperäiseen stressihäiriöön (PTSD), trauman vaikutuksiin ja psykofyysiseen fysioterapiaan liittyen.

3 OPINNÄYTETYÖN TILAAJA

Työn tilaajana toimiva Laitilan Terveyskoti on perustettu 30 vuotta sitten. Silloin se tunnettiin Veljeskotina ja se oli pieni 33-paikkainen sotainvalidien asumisyksikkö. Nykyään se tarjoaa kodin 25 ikäihmisille; sotainvalideille ja vaikeavammaisille henkilöille. Palveluja on tarjolla vaativasta kuntoutuksesta hemmotteleviin hoitoihin ja hoitopalveluja tarjotaan myös lähialueen koteihin. Yhden vuoden aikana Terveyskodissa kuntoutetaan jopa 800 eri-ikäistä ihmistä.

Vuonna 2006 Veljeskoti muutti nimensä Terveyskodiksi ja vuosien varrella siitä on kasvanut monipuolinen kuntoutuskeskus. (Laitilan Terveyskodin [www-sivut](http://www.sivut.fi).) Terveyskoti on järjestänyt rauhanturvaajien kuntoutusta vuodesta 2014 alkaen. Tällöin neljä kriisinhallintatehtävissä vammautunutta rauhanturvaajaa pääsi kuntoutukseen. Rahoituksen saaminen kuntoutusta varten oli vaikeaa ja Laitilan Terveyskodin johtaja Eero Kuisma joutui tekemään pitkään töitä rahoituksen saamiseksi. (Hjelt 2014.)

Rauhanturvaajien kuntoutusta järjestetään kaksi kertaa vuodessa, kesäkuussa ja marraskuussa ja sen kokonaiskesto kummallakin kerralla on viisi päivää. Tulopäivänä on muun muassa fysioterapeutin haastattelu, ryhmäytymistä ja Firstbeat-mittareiden asennus. Ensimmäisenä päivänä tehdään suunnitelmat jaksolle ja sisältöä räätälöidään aina ryhmän mukaan. Kuntoutukseen kuuluu muun muassa yksilöfysioterapiaa, Lokomat-kävelyrobotin käyttöä, ryhmätoimintaa ja -liikuntaa sekä kriisi- ja traumatera-

peutin keskustelut ryhmässä ja halutessaan yksin. Viimeisenä päivänä on muun muassa palaute Firstbeat-mittauksesta ja yhteenvedon tekeminen kuntoutuksesta. (Luukkanen sähköposti 25.9.2017.)

Terveyskoti on käyttänyt kuntoutuksessa koko ajan Firstbeat-hyvinvointimittaria. Ensimmäisellä kerralla mittaus on tehty Terveyskodilla maanantaista keskiviikkoon ja palautekeskustelu on ollut perjantaina. Muutamat henkilöt, jotka ovat olleet kuntoutuksessa jo aiemmin ja mittaus on tuttu, on mittaus suoritettu kotona ennen kuntoutuksen alkua ja palautteen on saanut kuntoutuksessa. (Luukkanen sähköposti 22.11.2016.) Työni myötä ennestään tutun Firstbeat-mittarin käyttöä voidaan laajentaa psykofyysisten harjoitteiden yhteyteen. Huomio voidaan tällöin kiinnittää harjoitteiden kohdalla mahdollisesti tapahtuneisiin muutoksiin ja täten mittari perustelee omalta osaltaan harjoitteiden toimivuutta.

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

Opinnäytetyöni on menetelmältään toiminnallinen. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ja sen lopullisena tuotoksena syntyy aina jokin konkreettinen tuote, esimerkiksi kirja, ohjeistus tai tietopaketti. Se tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei esitetä tutkimuskysymyksiä eikä tutkimusongelmaa, mutta se kaipaa aina tietoperustan ja teoreettisen viitekehyksen. Työssä syntyvä tuote, tapahtuma, opastus tai ohjeistus tehdään aina jollekin tai jonkun käytettäväksi, koska tavoitteena on esimerkiksi ihmisten osallistuminen toimintaan tai toiminnan selkeyttäminen oppaan avulla. Toiminnallisen opinnäytetyön kriteereinä voidaan pitää tuotteen uutta muotoa, käytettävyyttä kohderyhmässä ja käyttöympäristössä, asiasisällön sopivuutta kohderyhmälle, tuotteen houkuttelevuutta, informatiivisuutta, selkeyttä ja johdonmukaisuutta. (Vilka & Airaksinen 2003, 9; 30; 38; 51:53.)

Opinnäytetyön ensimmäiset vaiheet sijoittuvat syksylle 2016 ja työn on tarkoitus olla valmis elokuussa 2017. Työhön kuuluvia vaiheita ovat kirjoittamisprosessi, harjoitteiden valitseminen sekä harjoitekoosteen laatiminen.

Työn raportti ja harjoitteet pidetään erillisinä toisistaan, jolloin Theseuksessa julkaistaan vain raportti. Raportti ja harjoitteet lähetetään työn esittämisen jälkeen yhteistyökumppanille sähköisessä muodossa, jolloin harjoitteita on esimerkiksi helppo tulostaa. Sähköisen muodon lisäksi tulostan harjoitekoosteen vihkomaiseen muotoon, josta harjoitteet ovat vielä helpommin katsottavissa ja luettavissa.

Jatkossa rauhanturvaajien kuntoutusjaksojen jälkeen haluan kuulla, onko harjoitteita käytetty, miten ne ovat mahdollisesti toimineet, mitä palautetta niistä on annettu ja mitä Firstbeat-mittari on mahdollisesti näyttänyt. Tarkoitukseni on olla yhteydessä Terveystieteiden ja kysyä siten palautetta harjoitteisiin liittyen.

Työni menetelmiä ovat teoreettinen viitekehys, psykofyysiset harjoitteet ja Firstbeat-hyvinvointianalyysi.

4.1 Teoreettinen viitekehys

Teoreettinen viitekehys tarkoittaa kaikkea sitä, mitä aiheesta on jo kirjoitettu. Teorioiden löytäminen voi olla haasteellista, jolloin viitekehys toimii enemmän kirjoitteluna, joka kertoo mitä ilmiön osalta kirjallisuudesta ja tieteestä löytyy. Siinä esitellään ne tieteelliset työt, teoriat ja mallit, joilla ilmiötä on aikaisemmin selitetty. (Kananen, 2010, 21.)

Teoreettisen viitekehysten tiedon tulen hakemaan ajankohtaisista kirjalähteistä, jotka keskittyvät traumoihin, psykofyysiseen fysioterapiaan ja trauman jälkeisiin reaktioihin. Lisäksi hyödynnän Pubmed-tietokantaa, josta haen englanninkielisiä tutkimuksia. Omassa työssäni teoriaosuus perustelee harjoitteita, kuntoutuksen tärkeyttä sekä siihen pääsemistä. Se palvelee kumpaakin osapuolta; fysioterapeuttia ja kuntoutujaa tunnistamaan mahdollisia oireita sekä auttaa ymmärtämään trauman vaikutuksia ihmiseen. Sen avulla lukija voi alkaa ajattelemaan asioita uudesta näkökulmasta.

4.2 Psykofyysiset harjoitteet

Työni sisältämien psykofyysisten harjoitteiden tarkka ohjeistus sekä perusteleminen on tärkeää. Traumasta toipuminen voi kestää monia vuosia, joten viikon mittainen kuntoutusjakso asettaa haasteita harjoitteiden toimimiseen liittyen. Tällöin voidaankin

ajatella, että tärkeämpää on kokemuksien saaminen sekä tietoisuuden kasvaminen aiheeseen liittyen.

Harjoitteet tulen valitsemaan eri kirjalähteistä ja ne pohjautuvat työn teoreettiseen viitekehukseen. Tämän jälkeen niistä tehdään erillinen harjoitekooste, josta löytyy kymmenen erilaista harjoitetta. Jokaisen harjoitteen alussa on lyhyt selostus harjoitteen tarkoituksesta ja sen jälkeen ovat varsinaiset ohjeet. Kansilehden jälkeiselle sivulle tulee lyhyt yleisohjeistus harjoitteiden käyttöä varten. Harjoitteita ei tulla näyttämään yhteistyökumppanille ennen työn valmistumista eikä niitä pilotoida. Varsinainen arviointi jää hyvin suppeaksi, koska harjoitteiden testaaminen käytännön tasolla ei kuulu työhön.

Harjoitekooste antaa sen toteuttajalle vapaat kädet. Se ei sido fysioterapeuttia eteneään tietyllä tavalla harjoitteesta toiseen vaan fysioterapeutti voi valita harjoitteista yhden tai useamman joita käyttää. Suositeltavaa on, että harjoitteita tehdään Firstbeat-mittauksen aikana, jolloin harjoitteiden toimivuudesta saadaan arvokasta tietoa. Jos kuntoutuja tekee mittauksen jo kotonaan, on suotavaa, että uusintamittaus tehdään kuntoutusjaksolla harjoitteiden yhteydessä.

Harjoitteiden kohdalla on syytä huomioida yksilöllisyys. Kuntoutujien oireet voivat olla hyvin erilaisia ja toiset harjoitteet sopivat paremmin toisille kuin toiset. Kuntoutujan tai ryhmän kanssa on hyvä päästä kokeilemaan useampaa harjoitetta, jolloin jokaiselle voi löytyä juuri se parhain harjoite.

Opinnäytetyön sisältämiä psykofyysisiä harjoitteita tullaan käyttämään tulevien kuntoutusjaksojen aikana tai kuntoutuja voi tehdä niitä itsenäisesti omassa kodissaan. Kuntoutusjaksolla harjoitteita voidaan tehdä ryhmässä tai fysioterapeutin kanssa kahdestaan. Tilaajalta tulleen pyynnön takia harjoitteet ovat luonteeltaan sellaisia, että kuntoutuja voi tehdä niitä, vaikka hänellä ei olisikaan varsinaista PTSD-diagnoosia. Yksinkertaiset harjoitteet mahdollistavat sen, että kuka tahansa fysioterapeutti voi ohjata niitä. Harjoitteet soveltuvat kaikille kuntoutujille, koska ne voi tehdä myös istumassennossa.

4.3 Firstbeat-hyvinvointianalyysi

Sydän antaa paljon tietoa kehomme toiminnasta, koska sen syke mukautuu elämässä esiintyviin ulkoisiin ja sisäisiin vaatimuksiin. Peräkkäisten sydämen lyöntien välistä ajallista vaihtelua sanotaan sykevaihteluksi (Heart Rate Variability, HRV). Siihen vaikuttavat monet fysiologiset ilmiöt kuten esimerkiksi sisään- ja uloshengitys, ajatustoiminnot, tunnereaktiot ja psyykkinen kuormitus sekä stressireaktiot ja rentoutuminen. Sykevaihtelu kasvaa palautumisen ja rentoutumisen aikana ja laskee kun ihminen on kuormittunut esimerkiksi stressin takia. Sykevaihtelulla ja syketasolla on siis käänteinen suhde: kun syketaso on matala, sykevaihtelu on vastaavasti korkeampaa ja kun syketaso on korkea, sykevaihtelu on matalampaa.

Firstbeat hyvinvointianalyysi kertoo kehon reagoimisesta arjen tilanteisiin. Se mittaa yllä mainittua sykevaihtelua (HRV) ja kuvaa yksilöllisesti kuormittavia ja palauttavia tekijöitä sekä kertoo kehon voimavaroista. Mittaus kertoo hyvinvointia tukevista ja kuluttavista elämäntavoista ja auttaa löytämään syitä, jotka ovat johtaneet kuormittumiseen ja heikkoon palautumiseen. Se antaa yksilöllistä tietoa stressitekijöihin, palautumiseen ja liikkumiseen liittyen. Firstbeatin omilla internetsivuilla sanotaan; ”*data motivoi tuloksiin: 90% suosittelee*”.

Firstbeatin toiminta nojaa vahvaan tutkimustietoon ja mitattuun dataan, joka liittyy elimistön toimintaan. Tuotekehityksessä käytettävät tietokannat sisältävät tuhansia laboratoriotuloksia kehon fysiologiaan liittyen ja sen lisäksi Firstbeatin menetelmillä on tehty yli 100 000 mittausta arkielämässä. Mittauksen yhteydessä täytetään niin sanottua sähköisessä muodossa olevaa päiväkirjaa, johon merkitään mielellään ainakin nukkumaanmeno- ja heräämisaika. Muutoin asiakas voi itse päättää mitä päiväkirjaan merkitsee. (Firstbeatin [www-sivut](#).) Tärkeää on, että kuntoutujat merkkäävät psyko fyysisten harjoitteiden suorittamisajankohdat päiväkirjaan. Tällöin voidaan katsoa, onko harjoitteiden aikana tapahtunut muutoksia.

Firstbeat mittauksen avulla voidaan arvioida myös autonomisen hermoston tasapainoa (Firstbeatin [www-sivut](#)). Autonominen hermosto huolehtii ruumiillisesta ja henkisestä vireystilasta. Normaalisti ihmisen hengittäessä sisään sympaattinen hermosto aktivoituu ja syke kiihtyy, kun taas hengittäessä ulos parasympaattinen hermosto aktivoituu ja syke hidastuu. Jos hengitys ja syke eivät toimi yhdessä on ihminen altis erilaisille

fyysisille sairauksille kuten traumaperäiselle stressihäiriölle. Jos syke ei muutu hengityksen mukana eli sykevälivaihtelu on jäykkä, vaikuttaa se kielteisesti ajatteluun ja tunteisiin sekä siihen, miten keho reagoi stressiin. Hyvä sykevälivaihtelu on merkki perushyvinvoinnista. (Kolk 2017, 325.)

Normaalissa vuorokausirytmissä autonomisen hermoston parasympaattinen ja sympaattinen hermosto vuorottelevat. Tyypillisesti sympaattinen hermosto on aktiivinen noin aamukuudesta iltakahdeksaan. Tämän jälkeen, rytmin edetessä luonnollisella tavallaan, ihminen siirtyy vähitellen parasympaattisen hermoston aktiivisuuteen. Se tuo mukanaan väsymyksen ja erilaiset rauhoittumisen ja rentoutumisen tunteet. Parasympaattinen hermosto on tyypillisesti aktiivinen iltakahdeksasta aamukuuteen. Erilaiset ärsykkeet saattavat kuitenkin sotkea tätä luonnollista autonomisen hermoston rytmiä. (Siira ym. 2016, 16-17.)

Firstbeat mittaus on erityisen suositeltava lisä rauhanturvaajien kuntoutukseen, koska mittauksen tuloksien yhteydessä huomio voidaan kiinnittää muun muassa autonomisen hermoston tilaan sekä harjoitteiden kohdalla mahdollisesti tapahtuneeseen sykevaihtelun rauhoittumiseen. Tällöin harjoitteiden toimivuus voi konkretisoitua rauhanturvaajamiehille paremmin ja he saattavat kiinnostua jatkamaan harjoitteiden tekoa kotona. Mittaukseen kuuluva tekninen laite sekä mittauksen tuloksena saatava raakadata koskien omaa hyvinvointia, voivat toimia hyvinä kannustimina rauhanturvaajille.

5 RAUHANTURVAAMINEN ELI KRIISINHALLINTA

5.1 Historia

Suomalaiset osallistuivat ensimmäisen kerran rauhanturvaoperaatioon joulukuussa 1956 eli 60 vuotta sitten. Yhteensä 45 000 suomalaista on osallistunut rauhanturva- ja kriisihallintaoperaatioihin. 49 henkilöä on kuollut, yli 30 vammautunut, mutta psyykkisesti oireilevien henkilöiden tarkka lukumäärä ei ole tiedossa. (Kiviharju, Suikkari & Tuominen 2016, 9.) Karkea arvio on, että muutama sata rauhanturvaajaa kärsisi psyykkisistä oireista (Mäkinen 2016, 16).

Rauhanturvaaminen on alun perin saanut alkunsa YK:n perustamisesta vuonna 1945 (Kiviharju ym. 2016, 12-13). YK:n toiminta on aina perustunut riitojen rauhanomaiseen selvittelyyn (Yhdistyneiden kansakuntien www-sivut) ja sen tehtävänä on kansainvälisen rauhan ja turvallisuuden ylläpitäminen. Ensimmäinen YK:n johtama rauhanturvajoukko UNEF 1 (First UN's Emergency Force) perustettiin Siinaille 1956-1967 Suezin kriisin ratkaisemiseksi ja se oli samalla ensimmäinen operaatio, johon Suomi osallistui. Ensimmäisissä operaatioissa rauhanturvaaminen koski kahden tai useamman valtion välisen aseellisen selkkauksen tai sodan jälkeisen allekirjoitetun aselevon ylläpitämistä. Tehtävien luonnetta kuvastivat hyvin sanat valvoa, tarkkailla, raportoida, loitontaa ja kieltää, mutta esimerkiksi estäminen oli harvinaista. Usein joukoille osoitetut resurssit eivät vastanneet tehtävän luonnetta. (Kiviharju ym. 2016, 13-14.)

Kylmän sodan aikakauden sanotaan olevan niin sanotun ”perinteisen rauhanturvaamiseen” aikaa. Kylmän sodan päätyttyä ja Balkanin kriisin aikana vuosina 1992-1995 huomattiin, että perinteinen rauhanturvaaminen ei enää onnistu muuttuneessa maailmassa ja vihamielisissä ympäristöissä. Joukot olivat yhtäkkiä keskellä sisällissotaa ja heiltä edellytettiin erilaisia otteita ja voiman käyttöä. (Kiviharju ym. 2016, 15; 27.) Perinteisen rauhanturvaamisen aikakausi oli tällöin päättynyt ja kriisinhallinta alkanut.

Kriisinhallinnan alettua Nato löysi nopeasti oman linjansa ja sen päätehtävänä on edelleen kriisinhallinta. Suomi osallistui ensimmäisen kerran Naton johtamaan operaatioon vuonna 1996 ja se oli samalla myös ensimmäinen kriisinhallintaoperaatio, johon Suomi osallistui. (Kiviharju ym. 2016, 29-30.)

Suomesta tuli EU:n jäsen vuonna 1995, jonka jälkeen Suomi on ollut mukana myös EU:n johtamissa operaatioissa. Nato oli kaikesta huolimatta edelleen merkittävä yhteistyökumppani, koska Suomi osallistui Naton rauhankumppanuusohjelmaan (PfP), jonka tarkoituksena oli kriisinhallintakyvyn kehittäminen. (Kiviharju ym. 2016, 34.) Suomen osallistuessa enemmän Naton ja EU:n operaatioihin, osuus YK:n operaatioissa väheni (Kiviharju ym. 2016, 39).

Tällä hetkellä päättäneitä operaatioita on 31 ja käynnissä on 19 operaatiota (Kiviharju Suikkari & Tuominen 2017, 478-479). Uudenlainen rauhanturvaaminen eli kriisinhallinta

linta on vaatinut Suomea sopeuttamaan omaa toimintaansa. Nykyisten kriisinhallinta-operaatioiden tarkoitus on käynnissä olevien kriisien rauhoittaminen monien eri keinojen avulla. (Yhdistyneiden Kansakuntien www-sivut 2017.)

5.2 Psykososiaalinen tuki

Rauhanturvaajille tarjotaan psykososiaalista tukea ennen palvelusta, sen aikana ja palveluksen jälkeen kotimaassa. Toimialueilla on mukana kriisitukiryhmä, jonka toiminta alkaa heti, jos jokin traumaattinen tapahtuma koskettaa suomalaisia rauhanturvaajia. 1-3 kuukauden kuluessa kotiutumisesta rauhanturvaajille järjestetään Porin prikaatissa kaksipäiväinen kotiuttamiskoulutus. Koulutukseen on osallistumisvelvollisuus ja siellä käydään läpi palvelusajan kokemuksia, stressiin, ihmissuhteisiin ja arkeen paluuseen liittyviä asioita. (Rauhanturvaajan opas 2016, 36; 40; 45.)

Psyykkisesti oireilevat, stressistä tai sopeutumishäiriöstä kärsivät rauhanturvaajat pääsevät nykyään Hus:n psykiatriselle konsultaatiopoliklinikalle konsultaatioon. Klinikalle pääsee ilman lähetettä, pääsääntöisesti vuoden ajan palveluksen päättymisen jälkeen. Siellä tehdään arvio siitä, tarvitseeko kotiutunut hoitoa vai ei. (Mäkinen 2016.) Varsinaista kuntoutusta järjestetään tällä hetkellä neljässä veljeskodissa; Laitilassa, Kannuksessa, Kauniaisissa ja Mikkeliissä (Mäkinen 2016, 19).

6 RAUHANTURVAAJIEN KUNTOUTUKSEN JURIDISET PUITTEET

6.1 Laki sotilastapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta

Laki koskee varusmiehiä, siviilipalvelusmiehiä, vapaaehtoisesti asepalvelusta suorittavia naisia, henkilöitä, jotka ovat sotilasvirkaan tai rajavartiolaitoksen virkaan johtavassa koulutuksessa tai henkilöitä, jotka osallistuvat vapaaehtoisesti maanpuolustuksen toimintoihin.

Korvattavia vahinkotapahtumia ovat sotilastapaturmat ja palvelussairaudet. Tapaturmalla tarkoitetaan tässä yhteydessä ulkoisesta tekijästä johtuvaa äkillistä ja odottamatonta tapahtumaa, joka aiheuttaa vamman tai sairauden. Tapaturma on voinut sattua palveluksessa tai siihen liittyvillä matkoilla, valintakokeessa ja siihen liittyvillä matkoilla tai palvelusajaksi laskettavalla vapaa-ajalla, isyysvapaalla tai lomalla. Mikäli sotilastapaturma on pahentanut jo olemassa olevaa vammaa tai sairautta, pahenemisen korvaukset maksetaan.

Palvelussairaudella tarkoitetaan palveluksessa aiheutunutta ammattitautia, lihaksen tai jänteen äkillistä kipeytymistä (joka on syntynyt ilman tapaturmaa, yksittäistä kuormittavaa liikettä suorittaessa), muita vammoja tai sairauksia, jotka ovat todennäköisesti syntyneet palveluksessa tai vian, vamman tai sairauden pahenemista, mikä johtuu todennäköisesti palveluksesta.

Uutena asiana laissa on sotilastapaturmien aiheuttamien henkisten järkytysreaktioiden korvaaminen. Tämä pitää sisällään akuutin stressireaktion, traumaperäisen stressihäiriön ja raskaasta kokemuksesta syntyneen persoonallisuuden muutoksen. Traumaperäisen stressihäiriön ja persoonallisuuden muutoksen korvaaminen edellyttää, että henkilö on ollut mukana tapahtumassa, jonka seurauksena on syntynyt akuutti stressireaktio. Akuutin stressireaktion aiheuttamiin tapahtumiin liittyy yleensä vakava turvallisuuden tai fyysisen koskemattomuuden menetys tai uhka siitä. Henkilöllä tulee olla myös todettu traumaperäiseen stressihäiriöön sopivia oireita kuuden kuukauden kuluessa tapahtumasta tai palveluksen päättymisestä. (Laki sotilastapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta 2016/1521, 1§, 2§, 4§, 5§, 6§, 8§, 9§.)

6.2 Laki tapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta kriisinhallintatehtävässä

Laki koskee siviilikriisinhallintaan, sotilaalliseen kriisinhallintaan ja EU:n rajaturvallisuusviraston toimintaan osallistuvia henkilöitä.

Uudessa laissa korvattavia vahinkotapahtumia ovat tapaturma ja palvelussairaudet. Korvattavat palvelussairaudet ovat täysin samat kuin toisessa uudessa laissa, mutta kriisinhallintaan liittyvässä laissa ei puhuta sotilastapaturmista, vaan pelkästään tapaturmista, jotka on korvattava, kun ne ovat sattuneet palveluksessa. Tapaturman määri-

telmä on kuitenkin sama kun toisessakin uudessa laissa. Tapaturman aiheuttaman vamman, vian tai sairauden paheneminen korvataan samalla tavoin. Henkiset järkytysreaktiot korvataan samojen periaatteiden mukaisesti kuin toisessa uudessa laissa.

Suurimpana muutoksena lakiin on tullut pykälä, jonka mukaan palveluksessa olleilla henkilöillä on oikeus saada korvauksia psyykkisen tuen ja hoidon aiheuttamiin kustannuksiin. Psyykkisen tuen tai hoidon kustannuksia korvataan yhden vuoden ajan tuen tarpeen ilmestymisestä. (Laki tapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta kriisinhallintatehtävässä 2016/1522 2§, 4§, 5§, 6§, 7§, 11§.)

Uudet lait määrittelevät tarkemmin ja ymmärrettävämmin tapaturman ja palvelussairauden käsitteet. Tavoitteena on se, että palveluksessa mahdollisesti syntyneet vammat tai sairaudet sekä vammojen ja sairauksien paheneminen palveluksen aikana korvataan mahdollisimman kattavasti. Aikaisempi sotilastapaturmalaki ei huomioinut palvelusajan olosuhteita, jotka voivat vaikuttaa vammojen ja sairauksien syntymiseen. Se ei myöskään ottanut huomioon psyykkisen terveyden osa-aluetta ja siihen liittyvien hoitojen ja tuen korvaamista. Psyykkistä tukea voivat saada myös ne henkilöt, jotka ovat olleet palveluksessa jo ennen uuden lain voimaan astumista. Tuen saamisen kynnys on matala, eikä siihen tarvita tapaturmana tai palvelussairautena korvattavaa vammaa tai sairautta. (Mänttari 2016.) Korvausasioissa vakuutuslaitoksena toimii Valtiokonttori (Laki tapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta kriisinhallintatehtävässä 2016/1522 14§).

Uudet lait ovat merkittäviä ja parantavat korvausten ja tuen saamista. Kiinnitin kuitenkin huomiota muutama asiaan. Hoidon kustannusten korvaaminen yhden vuoden ajan on melko lyhyt aika, jos trauma halutaan käsitellä kunnolla. Lisäksi oireiden toteaminen ja diagnoosin saaminen on tarkkaan määrittely. Vaikka PTSD:lle on tyypillistä se, että oireet kehittyvät kuuden kuukauden sisällä tapahtumasta, voi joskus käydä niin, että PTSD puhkeaa vasta vuosien päästä siitä, kun palvelus on päättynyt. PTSD:n korvauksen saamisen ehtona on kuitenkin se, että oireiden pitää olla todettuna kuuden kuukauden kuluttua tapahtumasta tai palveluksen päättymisestä.

7 MIELENTERVEYS

Sosiaali- ja terveysministeriön selvitys Mielenterveystyö Euroopassa (2004) jakaa mielenterveyttä määrittelevät tekijät neljään eri osa-alueeseen; yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot.

Yksilölliset tekijät ja kokemukset, kuten esimerkiksi biologiset tekijät, syntymästä alkanut vuorovaikutus ympäristön kanssa ja siitä saadut kokemukset sekä erilaiset negatiiviset tapahtumat, esimerkiksi läheisen kuolema muovaavat mielenterveyttä ja vaikuttavat siihen. Yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, esimerkiksi taloudellinen toimeentulo, asumis- ja elinolosuhteet sekä koulutukselliset resurssit vaikuttavat siihen, miten ihminen kokee mielenterveytensä ja miten omaan hyvinvointiin voi vaikuttaa. Mielenterveyttä määrittelevillä kulttuurisilla arvoilla tarkoitetaan aikakautta ja sen normeja, jotka vaikuttavat yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin, ja joilla on yhteys ihmisen mielenterveyteen.

Mielenterveyden voidaan ajatella olevan henkistä vastustuskykyä ja eräänlainen hyvinvoinnin tila. Tämä tarkoittaa, että ihminen pystyy ymmärtämään omat kykynsä ja toimimaan elämän normaalissa stressissä. Mielenterveys ylläpitää psyykkisiä toimintoja, mahdollistaa elämän ilon kokemisen, tukee arjessa jaksamista ja auttaa selviytymään elämään kuuluvissa vastoinkäymisissä. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri, 2017, 21-24.)

Mielenterveys voidaan nähdä myös eräänlaisena tasapainoilun tilana, jossa altistavat ja laukaisevat sekä mielenterveyttä suojaavat tekijät tasapainottelevat. Altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi perinnölliset tekijät, fyysinen ympäristö ja työolosuhteet. (Hämäläinen ym. 2017, 25.) Traumakokemukset voidaan myös luokitella erilaisille mielenterveyden häiriöille altistaviin tekijöihin (Hari, Järvinen, Lehtonen ym. 2015, 144). Laukaisevia tekijöitä voivat olla esimerkiksi elämäntapahtumat ja suojaavia tekijöitä sosiaalinen tuki ja yksilölliset voimavarat. Prosessi on hyvin vuorovaikutteinen, jossa myös taustatekijät - yhteiskunta ja kulttuuri vaikuttavat. Kun edellä mainitut tekijät ovat tasapainossa ihminen voi saavuttaa hyvän mielenterveyden. Tasapainottomassa tilanteessa ihminen voi sairastua psyykkisesti. Jos ihminen sairastuu, olemassa olevien, sairastumisen hetkellä vähäisten voimavarojen tukeminen vahvistaa ja voimistaa

ihmistä. Tällöin hän saa taas elämästään otteen ja voi muuttaa sitä haluamaansa suuntaan. (Hämäläinen ym. 2017, 25-26.)

Mielenterveys on siis tasapainoilun tila, jossa eri tekijät vaikuttavat hyvän tai huonon mielenterveyden muodostumiseen. Kuinka mielenterveydenhäiriöt sitten syntyvät? Sitä selittää haavoittuvuus-stressimalli, jossa yhdistyvät eri tieteenalojen näkemykset sairastumiselta suojaavista ja sille altistavista tekijöistä. Malli olettaa, että sairastuneella on aina häiriölle altistavia tekijöitä, esimerkiksi jokin tapahtuma. Tämän lisäksi ajatellaan, että jokainen kokee stressiä, joista stressaavat elämäntapahtumat sekä ympäristöstä johtuvat stressitekijät, esimerkiksi työpaikan menetys voivat laukaista sairastumisen, jos se ylittää ihmisen haavoittuvuuskynnyksen. Haavoittuvuuskynnys on yksilöllinen, koska stressin kuormittava vaikutus on erilainen eri ihmisillä ja vaihtelee elämän eri aikoina. Suojatekijät ehkäisevät stressin vaikutusta. Altistavien tekijöiden, suojatekijöiden puutteellisuuden ja elämäntilannetta riittävästi kuormittavan stressin yhteisvaikutus voi siis johtaa psyykkiseen sairastumiseen. Malli helpottaa sairastunutta ja hänen läheisiään ymmärtämään, miksi henkilö on sairastunut. Lisäksi se voi auttaa kiinnittämään huomiota niihin asioihin, jotka ovat aiheuttaneet sairastumisen ja joihin henkilö voi kiinnittää jatkossa huomiota, jotta uudelleensairastumisen riski minimoidaan. Se auttaa myös suojatekijöiden tunnistamisessa, joita tulisi vahvistaa. Malli voi auttaa ammattilaisia ymmärtämään, että ihminen on kokonaisuus, jossa eri tekijät vaikuttavat. (Hämäläinen ym. 2017, 26-27.)

Mielenterveys ei ole myötäsyttyinen, valmiiksi annettu lahja, vaan se rakentuu ja kehittyy koko elämän ajan (Hari ym. 2015, 137). Ihmisen elämäntilanne ja -olosuhteet eivät välttämättä pysy samanlaisina koko elinkaaren aikana. Kun tilanteet ja olosuhteet muuttuvat, käsitys omasta mielenterveystä voi muuttua. Tästä syystä voidaankin sanoa, että mielenterveys ei ole pysyvä tila, vaan se on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Monet itsestä riippumattomat tekijät voivat vaikuttaa mielenterveyteen ja aiheuttaa voimavarojen vähenemistä sekä pahoinvointia.

Joka tapauksessa voidaan kuitenkin sanoa, että jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään mielenterveyteen. (Hämäläinen ym. 2017, 19-21.)

8 KEHON JA MIELEN VÄLINEN LIITTO

Mieli kehittyy, muuttuu ja sopeutuu ympäristön muutoksiin paremmin tai huonommin ja se on osa ihmisen psykofyysistä olemusta (Hari ym. 2015, 135). Mielen tarkka määrittely on haasteellista, mutta sen voidaan sanoa olevan rypäs eri toimintoja: ajattelua, havaintoja, päätöksentekoa, kokemuksia ja tunteita. Ilman aivoja ei ole mieltä ja mieli vaatii taas laajojen aivoverkostojen yhteistoimintaa. Mieli on suhde aivojen, kehon, ulkomaailman ja muiden ihmisten välillä ja se rakentuu suhteessa muuhun maailmaan. (Hari ym. 2015, 8-9.)

Keho vaikuttaa ratkaisevasti mielen toimintaan (Hari ym. 2015, 9). Se on aistiemme kautta se kanava, jonka kautta saamme erilaiset kokemuksemme elämästä (Kinnunen, 2016, 12). Keho on olemassaolon fyysinen kehys, joka muistaa sekä sisäänrakennetut tavat liikkua, hengittää ja toimia, että elämän aikana kertyneet tunnetilat ja kokemukset. Karttuneet tiedot vaikuttavat vuorovaikutukseemme ympäristön kanssa ja tapamme ilmaista itseämme. Ilmaiseminen tapahtuu kehossa ja kehon kautta. (Sundberg 2015, 6.)

Kehon ja mielen välisellä liitolla tarkoitetaan ajatusten, tunteiden ja kehon yhteyttä, joka on aina yksi kokonaisuus. Kun ihminen ajattelee jotakin asiaa, aivot tekevät siitä välittömästi tulkinnan, jonka jälkeen sitä seuraa tietynlainen kehoreaktio, esimerkiksi hengityksen pidättäminen tai lihaksien jännittäminen. Mieli heijastuu kaikkiin kehonosiin ja kehon avulla voimme päästä kosketuksiin niiden asioiden kanssa, jotka olemme tukahduttaneet, kieltäneet tai johon olemme suhtautuneet välinpitämättömästi. Kun kehon viestejä oppii kuuntelemaan ja tulkitsemaan sekä mahdollisesti hyväksymään ne, keho rentoutuu automaattisesti. Parasympaattisen hermoston aktivoituessa mieli avautuu paremmin vastaanottamaan kehosta tulevia viestejä ja tarpeita. Mielen ja kehon välinen yhteys on siis parhaimmillaan vuorovaikutteinen ja vastavuoroinen, mutta samalla hyvin monimutkainen ja ajoittain vaikeasti selitettävissä oleva kokonaisuus. (Siira & Palomäki 2016, 9-10.)

9 TRAUMA JA SEN KOKONAISVALTAISET VAIKUTUKSET

9.1 Psyykkinen stressi

Psyykkinen stressi tarkoittaa ulkoisten haasteiden ja omien voimavarojen välistä epätasapainoa. Normaali arkipäivä muodostaa ihmiselle sopeutumishaasteen, joka kohdataan automaattisesti tutuilla ja yksilöllisillä sopeutumis- ja hallintakeinoilla. Jos elämäntapahtumien psyykkinen kuorma kasvaa, ihmisen tulee ponnistella aktiivisesti omin voimin tai ympäristön tuella, jotta psyykkinen tasapaino ja elämönhallinnan tunne voidaan säilyttää. Jos stressi on aiheuttanut epätasapainoisen tilanteen, uusi tasapaino eli stressin hallinta voi syntyä joko ulkoisia tapahtumia muuttamalla tai lisäämällä käytettävissä olevia ulkoisia tai sisäisiä voimavaroja. (Lönnqvist ym. 2017, 357-358.)

Stressireaktio on kehon ja mielen viisas keino auttaa ihmistä selviytymään haastavassa tilanteessa (Siira ym. 2016, 14). Se voi aktivoitua kiireisen elämänrytmimme, äkillisen tapahtuman tai vaaralliseksi tulkitun ärsyketulvan seurauksena.

Nykypäivänä suurin osa ihmisistä elää suuren ärsyketulvan keskellä, jossa kaikki tapahtuu nopealla syklillä ja aistijärjestelmämme ovat jatkuvassa kuormituksessa. Kehon ja mielen kestävyys suhteessa tähän suureen ärsyketulvaan on rajallinen ja yksilöllinen; toiset kuormittuvat helpommin kuin toiset. Kaikkea vastaanottamaamme informaatiota emme edes pysty tiedostamaan, mutta se mitä aivomme suodattavat ja poistavat, on yksilöllistä. Aivot vertaavat hyvin nopeasti ärsykeitä aiemmin koettuihin ärsykeisiin ja tekevät välittömästi tulkinnan siitä, onko ärsyke itselle turvallinen vai vaarallinen. Jos ärsyke tulkitaan vaaralliseksi, kehossa ja mielessä käynnistyy stressireaktio. (Siira ym. 2016, 22-24.)

Kemiallis-hormonaalisena reaktiona stressi on samankaltainen, vaikka puhutaankin niin sanotusta hyvästä ja pahasta stressistä. Hyvän ja pahan stressin eroavaisuus löytyy stressireaktion kestosta ja voimakkuudesta sekä siitä, miten ihminen suhtautuu stressiin ajatusten ja tunteiden tasolla.

Alun perin stressijärjestelmä on kehittynyt turvaamaan selviytymisen henkeä uhkaavissa tilanteissa. Äkillisessä stressireaktiossa elimistö alkaa erittämään tiettyjä stressihormoneja, joiden avulla ihminen pystyy parantamaan hetkellisesti suorituskykyään.

Tämänkaltainen stressi voi olla positiivista, piristävää ja joissakin tilanteissa jopa eloonjäämisen edellytys. Kehomme kyky selviytyä stressaavista tilanteista on luotu nimenomaan äkillistä stressiä varten ja lyhytaikaisiin elämän haasteisiin. Jos stressi pitkittyy eikä kehon ja mielen stressireaktiossa alkanutta “hälytystilaa” saada purettua, keho ja mieli alkavat oireilla. (Siira ym. 2016, 14-15.)

Stressitilanteessa syntyneen stressireaktion lisäksi ihmiselle syntyy tilanteessa jokin tunnereaktio (Siira ym. 2016, 25). Stressitilanne ja siinä syntyneet voimakkaat tunne-reaktiot aktivoivat aivorungon, jolloin autonomisen hermoston sympaattinen reaktio käynnistyy. Sympaattisen hermoston ollessa aktiivisena ihmisen sydämen syke ja verenpaine nousevat, lihakset jännittyvät, hengitys muuttuu pinnalliseksi ja sisäänhengitys hyvin aktiiviseksi. Lihasjännitys alkaa hengityslihaksista ja voi levitä koko kehoon. Jatkuvan lihasjännityksen seurauksena keho muuttuu tunnottomaksi, on levoton ja ikään kuin valmiustilassa, jolloin kontakti alustaan on pieni ja jännittynyt. Jos stressireaktio kestää pidempään ja sen aiheuttamia oireita ei saada purettua, kehon tasapainoinen toiminta on hyvin haastavaa. (Siira ym. 2016, 15-16; 29.)

Siedettävissä oleva stressi johtaa usein myönteisiin asioihin, mutta osa elämän tapahtumista voi olla niin järkyttäviä, että äkillistä stressiä voidaan kutsua psyykkiseksi traumaksi (Lönngqvist ym. 2017, 357-358).

9.2 Psyykinen trauma

Trauma on kreikan kielestä johdettu sana, jonka merkitys vaihtelee eri tieteenalojen keskuudessa. Aluksi trauma käsitettä käytettiin vain lääketieteen ja kirurgian puolella. Tällöin se tarkoitti ulkoisen väkivaltaisen voiman aiheuttamaa vammaa ja sen kokonaisvaltaisia vaikutuksia ihmiseen. Sigmund Freud toi trauma käsitteen psykologian puolelle ja laajensi käsitteen mielen ilmiöihin. Tällöin psykologiseen ajatteluun liitettiin kolme käsitteeseen sisältyvää keskeistä piirrettä: ajatus väkivaltaisesta sokista, ajatus vammasta ja sen seurauksista ja ajatus sen seurauksista koko järjestelmään. Nykyään termi tarkoittaa psykologian puolella voimakkaan elämyksen aiheuttamaa henkistä vammaa. Arkikielessä puhutaan henkisestä järkytyksestä tai mielipahasta. (Saari 2007, 15-16; Suokas-Cunliffe 2015, 99.)

Vuosien varrella trauman tarkempi määritelmä on muuttunut. Aiemmin painotettu laikitieteellinen ja objektiivisempi näkökulma ovat vuosien varrella vähentyneet psykologis-elämyksellisen ja subjektiivisen kokemuksen korostuessa. Ennen trauman ajateltiin olevan normaalielämän ulkopuolella oleva kamala tapahtuma, joka järkyttäisi ketä tahansa. Tämän jälkeen alettiin korostamaan enemmän uhrin tai selviytyneen henkilön ainutlaatuisia tapoja havaita vaara ja tulkita trauman herättämiä tunteita. (Lindeman, Hokkanen & Punamäki 2007, 93.)

Nykypäivänä kirjallisuus sanoo trauman olevan ulkoisten tekijöiden vaikutuksesta johtuva psyykinen tai fyysinen vamma (Suokas-Cunliffe 2015, 99).

Levine pohtii kirjassaan trauman määritelmiä ja trauman tunnistamisen haasteellisuutta. Hän sanoo trauman tunnistamisen vaikeuden johtuvan siitä, että trauman selkeää määrittely on haastavaa. Trauman voidaan sanoa olevan esimerkiksi tapahtuma, joka olisi ahdistava kenelle tahansa. Yleisluontoinen määritelmä ”ahdistava kenelle tahansa” on epämääräinen ja harhaanjohtava, koska kuka voi tarkasti määritellä minkälainen tapahtuma on ”ahdistava kenelle tahansa”. (Levine 2008, 33-34.)

Trauma tulisikin oppia määrittelemään sen synnyttämien oireiden perusteella, eikä siihen johtaneen tapahtuman ehdoilla (Levine 2008, 164). Siiran & Palomäen mukaan (2016, 34) trauman vakavuuden määrittelyn tulisi tapahtua aina tapauskohtaisesti, koska traumat ovat monenlaisia ja monen tasoisia, isoja, pieniä, lievempiä ja vakavampia. Vakava traumakokemus toiselle voi olla vain lievä stressikokemus toiselle.

Psyykkisen trauman voidaan sanoa olevan selkeästi arkipäivän stressistä poikkeava ja ennakoimaton tapahtuma. Tyypillisemmin psyykkisiä traumoja syntyy onnettomuustilanteissa ja rikostapahtumissa sekä uhreille että muille mukanaolijoille, kuten esimerkiksi silminnäkijöille ja auttajille. (Lönngqvist ym. 2017, 358.)

Trauman voidaan ajatella olevan fysiologinen, jolloin traumaattisten oireiden hoidon tulisi perustua ihmisen fysiologiaan. Ihmisellä on kolme reaktiota, joita he voivat käyttää traumaattisen tapahtuman yhteydessä: taistele-, pakene- sekä jähmettymisreaktio. (Levine 2008, 27.)

Siiran & Palomäen (2016, 15) mukaan taistele-pakene reaktiot aktivoituvat aivoissa, kun aivorungon toiminta on yliaktiivista, eikä aivokuorella tapahtuva looginen ajattelu ole mahdollista. Levine (2008, 28) taas toteaa, että ihmisen ei ole helppo päättää uhkaavassa tilanteessa kumpi pitäisi tehdä, taistella vai paeta. Tämä saattaa johtua siitä,

että äkillisessä stressitilanteessa järkiajattelu jää toisarvoiseksi, jolloin ihminen ei pysty useimmiten harkitsemaan tai ajattelemaan tilanteessa selkeästi.

Myös monet kehomme normaalit toiminnot lamaantuvat, koska energian tulee riittää uhkaavasta tilanteesta selviytymiseen. Eloonjäämisen varmistaminen on paljon merkittävämpää kuin esimerkiksi lihasten tasapainoinen toiminta ja tästä syystä aivot sulkevat stressireaktion aikana vähemmän välttämättömiä toimintoja pois. (Siira ym. 2016, 14.)

Jähmettymisreaktion syntymistä on selitetty sekä kehon että ihmisen toimintamallin kautta. Jos traumaattisen tapahtuman aiheuttamat tunteet ovat ylivoimaisia, keho tulee avuksi suojaamaan mieltä luomalla kehoon pysyvän jähmettymisreaktion. Tapahtuman ollessa uusi ihmisellä ei ole siihen minkäänlaista toimintamallia, jolloin hän ei pysty taistelemaan eikä pakenemaan, vaan jähmettymisreaktio valtaa ihmisen. (Siira ym. 2016, 29.)

Levine (2008, 26-27) sanoo jähmettymisreaktion olevan ei-tahdonalainen reaktio eli kyseistä reaktiota hallitseva fysiologinen mekanismi on aivojen ja hermojärjestelmän alkukantaisissa ja vaistonvaraisissa osissa.

Kolk (2017, 101-103) käsittelee jähmettymistä Levinen tapaan. Hän kirjoittaa, että jähmettymisen yhteydessä monihaarainen kiertäjähermo astuu mukaan kuvaan. Sen vatsanpuoleinen haara lähettää viestejä sydämeen ja keuhkoihin, mikä hidastaa sykettä ja syventää hengitystä. Kaikki se, mikä uhkaa ihmisen turvallisuutta, saa aikaan muutoksia niillä alueilla, johon vatsanpuoleinen haara ulottuu. Tällöin stressaavan tilanteen aiheuttama järkytys näkyy ihmisen kasvoilla tai kuuluu äänestä. Jos kukaan ei vastaa tähän avunpyyntöön ja vaara voimistuu, limbinen aivoalue ottaa ohjat. Tällöin sympaattinen hermosto aktivoituu ja sydämen, lihasten sekä keuhkojen toiminta tehostuu, jotta ne ovat valmiita taistelemaan tai pakenemaan. Jos tilanteeseen ei löydy ulospääsyä eikä vaaraa voi torjua, aktivoituu viimeinen pelastusjärjestelmä. Kiertäjähermon selänpuoleinen haara, joka ulottuu aina pallean alapuolelle munuaisiin ja suoleen asti. Koko kehon aineenvaihdunta hidastuu tällöin voimakkaasti. Syke romahtaa ja hengitys salpaantuu. Tällöin ihminen menettää toimintakykynsä eli jähmettyy.

Päättämättömyys – taistelenko vai pakenenko, aivojen rationaalisen osan joutuessa hämmennyksen valtaan, kehon suojatessa mieltä, toimintamallin puuttuessa ja aivojen sekä hermojen aktivoituessa (Siira ym. 2016, 14; Levine 2008, 29; Kolk 2017, 101-

103) vaistomaiset impulssit voivat jäädä syrjään, jähmettää ihmisen paikoilleen ja johtaa täten traumaattisten oireiden syntymiseen (Levine 2008, 28-29). Traumaperäiset oireet ovat pohjimmiltaan fysiologisia reaktioita, joita ei ole pelosta ja jähmettymisreaktiosta johtuen viety loppuun, jolloin ne aiheuttavat oireita (Levine 2008, 44).

Jos ihminen ei voi reagoida traumatilanteeseen, koska häntä esimerkiksi estetään, aivot saattavat lähettää keholle pakenemiskäskyjä vielä kauan sen jälkeen, kun tilanne on jo ohi. Se kykeneekö ihminen liikkumaan ja tekemään jotain suojellakseen itseään, vaikuttaa ratkaisevasti siihen, jättääkö kokemus pitkäkestoiset arvet vai ei. (Kolk 2017, 68-69.)

Levine puhuu kirjassaan jähmettyneen energian ylijäämästä. Hän sanoo, etteivät trauman oireet johdu traumatisoitumisen laukaisevasta tapahtumasta, vaan jähmettyneen energian ylijäämästä, jota ei ole purettu. Tämä energia on jäänyt loukkuun hermojärjestelmän sisälle eikä se poistu omia aikojaan. Se säilyy kehossa ja aiheuttaa monenlaisia oireita: ahdistusta, masennusta, psykosomaattisia oireita tai käyttäytymiseen liittyviä ongelmia. Tämä energia tulisi saada purettua, ettei ihminen joudu traumatisoitumisen uhriksi. (Levine 2008, 30-31.)

Samaa pohtivat Siira & Palomäki (2016, 30) kirjassaan, mutta he käyttävät sanoja tunne ja jännite. Tilanteeseen liittyvä tunnereaktio aiheuttaa jännitettä ja jos sitä ei saada purettua taistelemalla tai pakenemalla, tunne saattaa jäädä jähmettymisreaktion seurauksena kehoon ja aktivoitua myöhemmin erilaisina kehollisina ja tunnetason oireina. Jos traumaattisiin tapahtumiin saadaan ajoissa apua, stressireaktio saadaan purettua kehosta. Jos traumaa ei koskaan käsitellä loppuun, keho alkaa kantamaan mukanaan stressikokemuksia, joita koimme traumaattisella hetkellä.

9.3 Traumaattisen kriisin kulku ja käsittelyprosessi

Hämäläisen ym. (2017, 232) mukaan kriisit voidaan jakaa kahteen ryhmään; kehitys- ja kypsymiskriisit sekä traumaattiset kriisit. Kehitys- ja kypsymiskriisit ovat kriisejä, joita ihminen kohtaa normaalissa elämässään (Hämäläinen ym. 2017, 232) ja jotka koettelevat ihmisen sopeutumiskykyä (Lönqvist ym. 2017, 359). Tällaisia kriisejä ovat esimerkiksi kotoa pois muuttaminen ja lapsen syntymä. Traumaattinen kriisi on

ulkoisen tekijän laukaisema tilanne, esimerkiksi läheisen yllättävä kuolema tai muu henkilökohtainen menetys. Ne tapahtuvat yllättäen, eikä niihin voi vaikuttaa omalla toiminnallaan tai valmistautua psyykkisesti. (Hämäläinen ym. 2017, 232.)

Traumaattisen kriisin kulku ja käsittelyprosessi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. **Psyykkinen sokki eli sokkivaihe** alkaa heti kriisin laukaisseen tilanteen tapahduttua ja kestää muutamasta hetkestä muutamaa vuorokautteen. Henkilö ei pysty käsittämään tapahtunutta vaan kaikki tuntuu epätodelliselta. Sokkivaihe suojaa mieltä sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, jota henkilö ei pysty vielä vastaanottamaan ja kestämään. Sen takia tässä vaiheessa henkilöltä puuttuvatkin esimerkiksi tunteet ja kyky tuntea kipua. Tämä palvelee henkilön toimintakykyä.

Reaktiovaihe kestää muutamasta päivästä muutamaa kuukauteen. Siihen siirrytään vähitellen sokkivaiheesta. Reaktiovaiheessa henkilö tulee tietoiseksi siitä, mitä on tapahtunut ja mitä se merkitsee. Tämän kautta tulevat tunteet; suru, tyhjyyden tunne, ahdistus ja syyllisyydentunteet ovat tyypillisiä reaktiovaiheen tunteita. Vaiheen alussa henkilön mieli tarvitsee vielä tapahtuneen kieltämistä ja osa voi siirtää ahdistuksen ulkoisiin kohteisiin. Syyllisten selvittely ja sitä kautta vihan tunteiden kohdistaminen ulkoiseen tahoon voi olla joidenkin toimintatapa. Tämä suojaa henkilöä omilta vaikeilta tunteilta. Reaktiovaiheeseen voi kuulua somaattisia oireita esimerkiksi vapinaa, pahoinvointia, kuvotusta, sydänvaivoja, huimausta, lihassärkyjä ja väsymystä.

Työstämis- ja käsittelyvaihe kestää muutamista kuukausista noin vuoteen. Tällöin tapahtuma aletaan hyväksyä. Tässä vaiheessa henkilö ei ole enää niin halukas keskustelemaan asioista kuin kahden ensimmäisen vaiheen aikana. Kokemusta käsitellään, mutta käsittely jatkuu mielessä. Alussa tapahtuma tai menetys voi olla mielessä koko ajan, mutta vähitellen uudet asiat lisääntyvät. Jos jokin tuo mieleen menetyksen, voimakkaat tunteet ovat tyypillisiä. Samoin muisti- ja keskittymisvaikeudet, sillä osa keskittymisestä menee kriisin käsittelyyn. Vaiheen tarkoituksena on luopua, työstää pelkoja ja traumoja sekä ennakoida tulevaa ja sopeutua siihen.

Viimeinen vaihe on **uudelleen suuntautumisen vaihe**, joka jatkuu koko elämän. Kriisitapahtuma jäsentyy lopulta osaksi elämää ja henkilö pystyy elämään asian kanssa, ilman että se täyttää kaikki ajatukset. Tapahtumaa voi ajatella ilman, että se aiheuttaa voimakasta ahdistusta ja pelkoa. Henkilö saa taas kosketuksen elämään ja uusia kiinnostuksen kohteita alkaa löytyä. (Hämäläinen ym. 2017, 232-234.)

Traumaattisen kriisin käsittely etenee normaalisti näiden neljän vaiheen kautta, mutta prosessi voi epäonnistua (Lönnqvist ym. 2017, 359). Tällöin se ei etene vaan jää kiinni johonkin vaiheeseen. Juuttuminen voi tapahtua missä vaiheessa tahansa, mutta seuraukset ovat kuitenkin hieman erilaisia riippuen siitä, missä prosessin vaiheessa juuttuminen tapahtuu. Jos ihminen juuttuu reaktiovaiheeseen, voimakkaat reaktiot ja oireet eivät heikkene ajan kanssa, vaan ne jäävät päälle. (Saari 2007, 74; 77.) Prosessin epäonnistuminen voi johtaa akuuttien oireiden lisäksi pidempiaikaisiin oireyhtymiin, joista tunnetuin on traumaperäinen stressihäiriö PTSD (Lönnqvist ym. 2017, 359). Traumaperäisen stressihäiriön voidaan siis sanoa olevan eräänlainen pysähtyneisyyden tila.

9.4 Trauman vaikutukset kehoon, mieleen ja aivoihin

Trauman jälkeen mieli ja keho reagoivat voimakkaasti traumaan sekä kokevat muutoksen (Levine 2008, 13-14). Ensimmäisiä trauman oireita ovat ylivireys, supistuminen, dissosiaatio ja avuttomuus (Levine 2008, 159). Nämä neljä tekijää ovat ainakin jossain määrin havaittavissa jokaisessa traumatisoituneessa ihmisessä. Ylivireyden tilaan kuuluvia oireita ovat muun muassa kohonnut pulssi, kiihtynyt hengitys, ärtyisyys, nukkumisvaikeudet ja jännitys. (Levine 2008, 144-145.)

Kun ihminen reagoi hengenvaaralliseen tilanteeseen, ylivireyteen liittyy tällöin kehon ja aistimusten supistuminen. Hermojärjestelmämme varmistaa, että kaikki ponnistelut kohdistuvat uhan aiheuttajaan. Supistuminen muuttaa ihmisen hengitystä, lihastonusta ja asentoa. (Levine 2008, 147.) Taistele- ja pakene reaktioiden aktivoituminen kuuluu myös ylivireystilaan (Suokas-Cunliffe 2015, 137).

Dissosiaatio on yksi klassisimmista trauman oireista. Sen avulla ihminen kykenee sietämään tilanteita, jotka ylittävät sietokyvyn rajat. Sen voidaan sanoa olevan omasta kehosta poistumista tai irtaantumista. Esimerkiksi vihollisen tulitukseen joutuva sotilas voi irtaantua kehostaan siten, että hän ikään kuin seuraa tilannetta sivusta. Dissosiaatio voi muuttua krooniseksi ja aiheuttaa erilaisia oireita, jos ylivireyden synnyttämää energiaa ei pureta. (Levine 2008, 149-150.)

Avuttomuus on yhteydessä jähmettymisreaktioon. Traumaattisen tilanteen yhteydessä tunne jähmettyneisyydestä ja avuttomuudesta on todellinen tunne, jolloin keho ei pysty liikkumaan. Kyseessä on äärimmäinen avuttomuuden tila, jolloin ihminen ei kykene

tekemään mitään – huutamaan, liikkumaan eikä tuntemaan. Voidaan puhua myös alivireystilasta, koska se on tila joka aktivoi liikkumattomuutta ja alistumista. (Suokas-Cunliffe 2015, 137.)

Ylivireys, supistuminen, avuttomuus ja dissosiaatio ovat normaaleja reaktioita uhkaavaan tilanteeseen. Ne eivät sinällään johda trauman oireiden kehittymiseen, vaan oireita kehittyy silloin, jos reaktiot ovat toistuvia ja kroonisia. Jos stressireaktiot muuttuvat pysyviksi, ne muodostavat perustan myöhempien oireiden kehittymiselle ja ruokkivat niitä. (Levine 2008, 153-155.)

Yllä mainittujen oireiden kanssa samanaikaisesti tai pian niiden jälkeen alkavia oireita ovat muun muassa ylivalppaus eli tunne siitä, että on koko ajan valmiustilassa. Mielen tunkeutuvat kuvat ja takaumat, herkkyyys valoille ja äänille, yliaktiivisuus, nukkumisvaikeudet, painajaiset, jyrkät mielialan muutokset ja heikko stressinsietokyky. Seuraavaan vaiheeseen kuuluvia oireita ovat muun muassa paniikkikohtaukset ja välttämiskäyttäytyminen, itkuisuus ja unohteleminen. Viimeiseen vaiheeseen kuuluvia oireita ovat muun muassa liiallinen ujous, tukahtuneet tai heikentyneet tunnereaktiot, kyvyttömyys hoitaa velvollisuuksia, krooninen väsymys tai alhainen fyysinen energiataso ja psykosomaattiset sairaudet kuten esimerkiksi päänsäryt, niska- ja selkävaivat ja vatsavaivat. (Levine 2008, 159-161.) Psykosomaattisessa oireilussa on hyvä muistaa se, että jos huonovointisuuteen ei löydetä selkeää syytä, todennäköisesti taustalla vaikuttavat tekijät ovat stressi ja trauma (Levine 2008, 177).

Voimakkaat fyysiset oireet ja kiputilat voivat aiheutua kehoon jääneistä erilaisista jäähmettymis- ja suojareaktioista, joita purkamattomat ja käsittelemättömät traumat aiheuttavat. Jatkuva lihasten jännittyminen, joka johtuu traumaattiseen stressiin liittyvästä turtuneisuudesta, suojaa mieltä voimakkailta tunnereaktioilta, mutta voi aiheuttaa lihas- ja nivelkipuja tai hengitysongelmia. Pohjimmillaan turtuneisuudella on hyvä tarkoitus, mutta pitkällä aikavälillä tilanne ei hyödytä kehoa ja mieltä, koska se voi johtaa psykosomaattisten oireiden syntymiseen. (Siira ym. 2016 30-31.)

Trauman aiheuttamat oireet saattavat näkyä muissakin vaiheissa tai päällekkäin. On huomioitava myös se, että erilaiset sairaudet voivat aiheuttaa yllä mainittuja oireita esimerkiksi vatsavaivoja, eli aina ei ole kyse traumatisoitumisesta. Merkittävä ero on

siinä, että trauman oireet eivät katoa, vaan ne ovat pysyviä, ajoittaisia tai vuosia piilossa pysyviä. Oireet ilmenevät yleensä oireyhtyminä, eivät yksin. (Levine 2008, 159-161.)

Psyykkisillä traumailla on merkitystä psyykkiseen hyvinvointiimme ja persoonallisuuden kehitykselle. Traumalle on tyypillistä se, että se tallentuu ihmisen mieleen sellaisena kuin se syntyhetkellä oli eikä se muutu ajan myötä. Lisäksi merkitys ja tunnelataukset pysyvät samanlaisina. Trauma saattaa aktivoitua jonkun pienen, usein tiedostamattoman vihjeen seurauksena, kun vihje liittyy trauman nykyhetkeen. Tällöin traumaan liittyvät voimakkaat tunteet aktivoituvat ja valtaavat mielen. Ihminen voi tuntea esimerkiksi ahdistusta, mutta ei tiedä miksi ja mihin se liittyy. Traumat voivat olla myös tiedostamattomia, samoin kuin niiden vaikutukset. Tällöin ne vaikuttavat tietämättämme esimerkiksi ratkaisuihin ja valintoihin joita teemme. (Saari 2007, 317.) Tiedostamattoman trauman ja sen tiedostamattomien vaikutusten yhdistäminen myöhemmin esiintyviin oireisiin, kuten esimerkiksi välttämiskäyttäytymiseen, on usein hyvin haastavaa (Hari ym. 2015, 145).

Psyykkisten traumojen vaikutukset voivat olla akuutteja tai pitkittyneitä, jolloin oireet jatkuvat pitkään traumaattisen kokemuksen jälkeen. Esimerkiksi sotakokemusten aiheuttama trauma voi aiheuttaa pitkittyneen tilan vuosikausia toistuvilla painajaisunilla. Tuoreempi traumakokemus voi aiheuttaa akuutteja oireita, esimerkiksi levottomuutta, kiihtymystä ja ahdistusta. (Hari ym. 2015, 145.)

Psyykkiseen traumaan liittyvä tieto on lisääntynyt valtavasti eri tieteenalojen ansiosta. Eri aloilla tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että psyykinen trauma aiheuttaa konkreettisia fysiologisia muutoksia. Se lisää stressihormonien tuotantoa ja muuttaa aivojen hälytysjärjestelmää sekä järjestelmää, joka suodattaa olennaisen tiedon epäolennaisesta. Näiden muutoksien takia ymmärretään paremmin esimerkiksi se, miksi traumatisoituneet henkilöt ovat niin virittyneitä aistimaan vaaroja kaikkialla, eivätkä he pysty viettämään tavallista arkielämää. (Kolk 2017, 11.)

Kolk (2017, 54-60) kertoo kirjassaan tekemästään tutkimuksesta, jossa tutkittiin, mitä aivoissa tapahtuu traumatakaumien aikana. Tutkimuksessa henkilöt makasivat kuvantamislaitteessa ja heitä muistutettiin trauman aiheuttamista tapahtumista. Heille soitettiin teksti, joka oli laadittu koehenkilöiden kanssa ja joka toisi traumamuiston mieleen.

Tutkimuksessa havaittiin, että voimakkaat tunteet aktivoivat limbisen järjestelmän ja erityisesti siihen kuuluvan mantelitumakkeen. Mantelitumakkeen tehtävänä on varoittaa vaarasta ja aktivoida kehon stressireaktio. Pelkokeskuksen aktivoituessa stressihormonien ja hermoimpulssien erityis lisääntyy, jolloin verenpaine nousee ja syke sekä hengitys kiihtyvät. Tämä kaikki valmistelee kehoa taistelemaan tai pakenemaan. Tutkimukset osoittivat myös sen, että jos traumatisoituneelle henkilölle esitetään kuvia, ääniä tai ajatuksia, jotka liittyvät heidän traumaattiseen kokemukseensa, mantelitumake laukaisee hälytyksen silloinkin. Vaikka tapahtumasta olisi kulunut monia vuosia.

Tutkimuksen aikana aivot aktivoituivat vain oikealta puolelta ja hiljensivät vasemman. Oikea aivopuolisko huolehtii intuitiosta, tunteista, näköhavainnoista ja tuntoaistimuksesta. Se on kokemuksellisempi aivopuolisko, joka viestii kasvonilmeillä, kehonkielillä, rakkauden ja vihan äänillä. Se on se aivopuolisko, joka tanssii, kiroilee, itkee tai laulaa. Oikea aivopuolisko tallentaa ääniä, kosketuksia, tuoksuja ja niiden herättämiä tunteita. Se reagoi automaattisesti ihmisääniin, kasvonilmeisiin, eleisiin ja menneisyydestä tuttuihin paikkoihin. Sen muistamat asiat tuntuvat intuitiivisesti todelta ja sellaisilta kuin ne oikeasti ovat. Kun jokin asia muistuttaa ihmistä traumaattisesta tapahtumasta, oikea aivopuolisko reagoi niin kuin trauma tapahtuisi juuri nyt. Samanaikaisesti vasen aivopuolisko ei toimi kovin hyvin, jolloin henkilö ei mahdollisesti tiedosta kokevansa ja elävänsä mennyttä uudelleen, vaan raivostuu, pelästyy, vihastuu, häpeää tai jähmettyy. Trauma siis hämmentää tietoisuutta. (Kolk 2017, 54-60.)

Trauma ei ole vain tapahtuma, joka on jäänyt jonnekin kauas menneisyyteen, vaan se on pysyvä jälki, jonka kokemus on painanut mieleen, aivoihin ja kehoon. Jälki vaikuttaa jatkuvasti elimistön kykyyn selviytyä nykyhetkessä. Trauma myllertää mielen ja aivojen tavan käsitellä havaintoja. Se muuttaa sen, miten ja mitä ihminen ajattelee sekä kyvyn ajatella. Trauman kokeneita kannattaa auttaa löytämään sanat, joilla he voivat kuvailla tapahtunutta, mutta se ei yleensä riitä. Kertominen ei muuta kehon automaattisia fyysisiä ja hormonaalisia reaktioita, jolloin ihminen on jatkuvasti varuillaan. Jotta todellinen muutos saadaan aikaiseksi, kehon tulee oppia, että vaara on ohi ja se voi elää nykyhetkessä. (Kolk 2017, 31.)

Kolk (2017, 11) kirjoittaa, että parantumiseen on kolme väylää: 1) Ylhäältä alaspäin suuntautuva. Tähän kuuluvat puhuminen ja yhteyden saaminen toisiin ihmisiin sekä

sen tietäminen ja ymmärtäminen, mitä omassa sisäisessä maailmassa tapahtuu, kun trauma koskevia muistoja käsitellään. 2) Sellaisten lääkkeiden hyödyntäminen, jotka sammuttavat hyödyttömät hälytysreaktiot ja aivojen tiedonkäsittelyä muuttavien teknologioiden hyödyntäminen. 3) Alhaalta ylöspäin suuntautuva. Tällöin parantuminen perustuu kehollisiin kokemuksiin, jotka ovat vastakohta trauman aiheuttamalle avuttomuudelle, vihalle tai jähmettymiselle.

Traumaattisen tilanteen jälkeen mielen ja kehon reaktioiden pitäisi normalisoitua. Jos tämä prosessi epäonnistuu, trauman vaikutukset vakiintuvat ja seurauksena on traumatisoituminen. Keho ja mieli tulisi tavoittaa kokonaisuutena, jolloin trauma pystytään ymmärtämään syvällisemmin ja parantamaan se. (Levine 2008, 13-14.)

10 TRAUMAN JÄLKEISET REAKTIOT

Vuoden 2014 Käypä hoito-suositus traumaperäisestä stressihäiriöstä erittelee akuutin stressireaktion, akuutin stressihäiriön ja traumaperäisen stressihäiriön (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014), mutta vuonna 2017 ilmestynyt Psykiatria-kirjan uusien painosten yhdistää stressireaktion ja stressihäiriön (Lönnqvist ym. 2017, 371).

Sivistyssanakirjan mukaan reaktio tarkoittaa vastausta tai vastetta ärsykkeeseen, ulkoisen tekijän vaikutuksesta syntyvää käyttäytymistä tai vastavaikutusta, kun taas häiriön sanotaan olevan tilapäinen epäjärjestys, haitta tai vika (Suomisanakirjan verkkosivut). Asiaa voidaan lähestyä tästäkin näkökulmasta; lähes kaikille ihmisille, jotka kokevat järkyttävän tapahtuman, syntyy lieviä, äkillisen stressireaktion oireita. Häiriöstä on kyse, kun siihen liittyy merkittävä toimintakyvyn aleneminen, joka ilmenee esimerkiksi henkilön kyvyttömyytenä hakea apua fyysisiin vammoihin (Lönnqvist ym. 2017, 371).

Monessa vieraskielisessä kirjallisuudessa sanotaan, että akuutti stressireaktio ja akuutti stressihäiriö ovat synonyymejä, joten tästä syystä käsitelen häiriöt uusimman Psykiatria-kirjan antaman esimerkin mukaisesti. Käytän apuna Käypä-hoidon suositusta ja erittelen aluksi stressireaktion ja stressihäiriön, koska oireet ja niiden kesto poikkeavat hieman toisistaan.

10.1 Äkillinen stressireaktio

Äkillinen stressireaktio ja äkillinen stressihäiriö ovat lyhytkestoisia, mutta vakavia häiriöitä, jotka syntyvät reaktiona poikkeuksellisen voimakkaaseen tapahtumaan (Lönngqvist ym. 2017, 371). Käypä hoidossa (2014) sanotaan akuutin stressireaktion (acute stress reaction, ASR) syntyvän henkilölle, joka on altistunut huomattavalle fyysiselle tai henkisellet rasitukselle. Oireet kehittyvät nopeasti, tyypillisesti noin tunnin kuluttua tapahtumasta ja vaimenevat viimeistään kahdeksan tunnin kuluessa. Jos raskustekijä esiintyy jatkuvampana, oireet vaimenevat enintään 48 tunnin kuluessa.

Vaikeammassa reaktiossa esiintyy vähintään kaksi seuraavista oireista: vetäytyminen tavanomaisista sosiaalisista tilanteista, huomiokyvyn kaventuminen, desorientaatio, suuttumus tai sanalliset vihamieliset ilmaisu, epätoivo tai toivottomuus, sopimaton tai tarkoitukseton yliaktiivisuus sekä liiallinen tai hallitsematon suru. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Akuutti stressihäiriö (acute stress disorder, ASD) voi kehittyä henkilölle, mikäli hän näkee tai kokee tapahtuman, johon liittyy kuolema, vakava loukkaantuminen tai sellaisen uhka. Myös se, että henkilö näkee useita kertoja läheltä onnettomuuden tai väkivallan vastenmielisiä seuraamuksia tai saa yllättävän tiedon liittyen lähiomaisten tai ystävän kuolemasta väkivallan tai onnettomuuden uhrina, voi laukaista akuutin stressihäiriön. Oireet kestävät kolmesta vuorokaudesta neljään viikkoon ja jos ne jatkuvat yli kuukauden, on kyse traumaperäisestä stressihäiriöstä. Oireet kuuluvat seuraaviin oireryhmiin: tapahtuman pakottava uudelleen kokeminen, dissosiativiset oireet, mielialan lasku, välttämiskäyttäytyminen ja ylivireys. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

Oirekuvauksissa ja niiden kestossa huomataan ICD-10 ja DSM-5 tautiluokitusten välisiä eroja. Ne kuvaavat oireita, niiden alkua sekä kestoja hieman eri tavoin. DSM-5 luokitus painottaa esimerkiksi dissosiativisia oireita, kun taas ICD-10 korostaa akuutina reaktiona syntyviä yleistyneitä ahdistuneisuusoireita, joihin liittyy erilaisia ongelmia. Joka tapauksessa kyse on äkillisen järkytyksen jälkeen syntyneestä voimakkaasta ahdistusreaktiosta, joka ei sisällä psykoottisia oireita.

Äkillisen stressireaktion laukaisee hyvin voimakas, psyykkisesti traumaattinen tapahtuma, johon liittyy olennaisesti oma tai läheisen vakava turvallisuuden menetys, fyysinen vammautuminen tai sen uhka. Yleensä kyse on äkillisestä tapahtumasta. Oirekuva on hyvin monimuotoinen, painottuen kuitenkin akuutteihin ahdistusoireisiin ja dissosiatiiivisiin oireisiin. Mitä järkyttävämmästä tapahtumasta on kyse, sitä todennäköisemmin ihmiselle kehittyy äkillinen stressireaktio. Reaktio vastaa voimakasta traumaattisen psyykkisen kriisin sokkivaihetta ja reaktiovaiheen alkua.

Äkillisen stressireaktion oireet ja niiden kesto antavat osviittaa hyvästä paranemisesta, mutta toisaalta se saattaa ennustaa traumaperäisen stressihäiriön syntymistä. Erityisesti tapahtuman jälkeiset dissosiatiiiviset oireet voivat ennustaa traumaperäisen stressihäiriön syntymistä.

Osalla oireet voivat lieventyä nopeastikin, jolloin muutaman kerran tapahtumien läpikäynti ja jäsentäminen voivat riittää. Jos oireet lieventyvät nopeasti, ihmiselle ei tarjota mitään sellaista intensiivistä hoitoa, mikä voisi estää luonnollisen toipumisen. Halutessaan nopeammin tutkimukseen henkilölle tarjotaan pääsyä omaan terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon. Puhutaan niin sanotusta “watchful waiting” termistä, jolla tarkoitetaan aktiivista informointia, seuranta ja tarpeenmukaisen hoidon järjestämistä. Ihmistä ei siis unohdeta. Henkilölle tarjotaan mahdollisuus jälkipuintiin ja vertaistukeen, kognitiivinen psykoterapia saattaa olla tehokas hoitomuoto. Lääkehoitoa pidetään rajallisena ja toissijaisena hoitomuotona. Hyvin voimakkaaseen ahdistukseen ja unettomuuteen voidaan käyttää bentsodiatsepiinejä ja joidenkin kohdalla saatetaan tarvita muutaman päivän psykoosilääkitystä. Antidepressiivisiä lääkkeitä voidaan käyttää silloin, jos häiriö alkaa pitkittyä ja muuttua traumaperäiseksi stressihäiriöksi. Vaikka oireet lieventyvät usein melko nopeasti, ihmistä olisi silti syytä tavata 1-2 kertaa seuraavien 3-6 viikon aikana, jotta mahdollinen traumaperäinen stressihäiriö voidaan kartoittaa. (Lönqvist ym. 2017, 371-372.)

10.2 Traumaperäinen stressihäiriö (PTSD)

Tavallisin psyykkistä traumaa seuraava oireyhtymä on traumaperäinen stressihäiriö PTSD. Traumaperäinen stressihäiriö PTSD löytyy sekä ICD-10 että DSM-5 luokituksista, mutta hieman eri nimillä. ICD-10 luokituksessa se on nimellä traumaperäinen

stressireaktio ja DSM-5 luokituksessa traumaperäinen häiriö (posttraumatic stress disorder, PTSD). Työssäni käytän käsitettä traumaperäinen stressihäiriö tai sen lyhennettä PTSD.

Keskeisintä häiriössä on se, ettei ihminen ole toipunut järkytyksestään eikä alkuoireista, vaan järkytysoireyhtymä pitkittyy ja ”lukkiutuu päälle”. (Lönnqvist ym. 2017, 374.)

10.2.1 Diagnostiikka

Traumaperäisessä stressihäiriössä on lähes aina ollut kyse poikkeuksellisen uhkaavasta tai tuhoisasta tapahtumasta, kuten esimerkiksi vakava onnettomuus, äkillisen kuoleman näkeminen tai väkivallan uhriksi joutuminen (Lönnqvist ym. 2017, 374). Henkilö on kokenut tai nähnyt uhkaavan tapahtuman tai hän on nähnyt monta kertaa läheltä onnettomuuden tai väkivallan aiheuttamia vastenmielisiä seuraamuksia. Myös lähiomaisen tai ystävän kuolema ja siitä saatava yhtäkkinen tieto voi laukaista PTSD:n. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.)

ICD-10 ja DSM-5 luokitusten diagnostiset kriteerit ovat hieman erilaiset, mutta ne eivät ole kuitenkaan ristiriidassa keskenään. Stressihäiriön oireet voidaan DSM-5 mallin mukaisesti jakaa neljään pääluokkaan: 1. Traumaattisen tapahtuman psykologisen uudelleen toistumisen oireet 2. Traumaan liittyvä välttämisoireilu 3. Kognitiiviset ja mielialaan liittyvät muutokset trauman jälkeen 4. Kohonneen vireystilan ja reaktiivisuuden oireet.

Monet oireista muistuttavat esimerkiksi monia ahdistuneisuushäiriöitä, mutta tunnusomaisinta PTSD:lle ovat uudelleen toistumisen ja kokemisen oireet. Järkyttävät kokemukset voivat toistua painajaisunina tai dissosiativisina ilmiöinä (flashback-tilat eli dissosiativiset palautumat).

Ahdistuksen lisääntyminen traumasta muistuttavien asioiden yhteydessä voi edistää välttämisoireilun kehittymistä. Välttämiskäyttäytyminen voi vaikuttaa merkittävästi ihmisen työ- ja toimintakykyyn. Kielteiset kognitiiviset ja mielialamuutokset voivat esiintyä traumaan liittyvinä muistivaikeuksina, vääristyminä, turtumuksen tai vieraantumisen tunteina, kiinnostuksen vähenemisenä, itsesyytöksinä, syyllisyydentunteina ja inhon tai häpeän tunteina. Näiden muutoksien takia ihminen saattaa hakeutua hoitoon

vasta jonkin ajan päästä, eikä hän tunnista traumaattisen tapahtuman ja huonovointisuuden välistä yhteyttä. Kohonneeseen vireystilaan liittyvät oireet viittaavat lähinnä unihäiriöihin, mutta autonomisen hermoston oireet, kuten sydämentykytys ja paniikkikohtausten kaltaiset oireet saattavat liittyä myös siihen.

Oireet saattavat olla normaaleja, psyykkiseen järkytykseen liittyviä lieviä ja nopeasti ohimeneviä, mutta traumaattisesta stressihäiriöstä voidaan puhua silloin, kun oireyhtymä on kaikkien neljän pääluokan osalta kestänyt selvästi haittaavalla tavalla yli kuukauden. PTSD voi alkaa heti traumaattisen tapahtuman jälkeen äkillisenä stressireaktiona tai ilman sitä muutamien viikkojen tai kuukausien kuluessa. Tyypillisintä on kuitenkin se, että oireyhtymä kehittyy kuuden kuukauden sisällä traumasta. Joskus voi käydä niin, että häiriö kehittyy vasta vuosia tapahtuman jälkeen.

Hyvin keskeistä diagnostiikassa on selvittää, mitä ihmiselle on tapahtunut ja miten hänen vointinsa on muuttunut traumaattisen tapahtuman jälkeen. Yleensä ihmiset eivät oma-aloitteisesti kuvaile oireyhtymän kokonaisuutta, vaan hakevat apua yksittäiseen ongelmaan, esimerkiksi unettomuuteen.

Monihäiriöisyys on hyvin yleistä ja henkilöllä on saattanut olla häiriöitä jo ennen traumaa tai tapahtuman jälkeen syntyneitä useampia häiriöitä. Esimerkiksi puolella PTSD:stä kärsivillä voi olla masennusta. Päihdeongelmat voivat toimia altistavana tekijänä häiriön syntymiselle tai niistä saattaa muodostua toinen ongelma PTSD:n rinnalle, mikäli niitä käytetään "itsehoitona" häiriön syntymisen jälkeen. (Lönnqvist ym. 2017, 375; 377.)

10.2.2 Epidemiologia, kulku ja ennuste

Ulkomaisten tutkimusten mukaan länsimaisessa yhteiskunnassa 35-90% ihmisistä joutuu todistamaan niin järkyttävää traumaattista tapahtumaa, että sen seurauksena henkilölle voi syntyä PTSD. Käypä hoidon mukaan PTSD:n aiheuttamia traumaattisia tapahtumia kokee vuosittain Suomessa noin 100 000 henkilöä. On arvioitu, että enintään 20-30% traumaattisen kokemuksen kokeneille henkilöille syntyy PTSD. PTSD:n yleisyys olisi siis Suomessa vuosittain noin 0,5%. (Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2014.) Eri maissa tehdyissä väestötutkimuksissa traumaperäisen stressihäiriön ilmaantuvuus viimeisen vuoden aikana on ollut 1,1-1,3%. On myös todettu,

että ainakin 80%:lla traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivillä on elinaikanaan jokin muukin mielenterveydellinen häiriö, kuten esimerkiksi mielialahäiriöt ja alkoholismi. Mitä vaikeampi trauma on, sitä todennäköisemmin muu mielenterveydellinen häiriö on syntynyt PTSD:n jälkeen. Kulun ja ennusteen suuri vaihtelevuus tekevät PTSD:stä erityisen haasteellisen. Se voi kestää muutamasta kuukaudesta vuosikymmeniin ja olla luonteeltaan hyväennusteinen tila tai vaikeasti invalidisoiva oireyhtymä. Akuutit, voimakkaat dissosiatiiiviset oireet ennakoivat yleensä pidempiaikaisesta oireyhtymästä. Noin puolella oireet lievittyvät usein itsestään ensimmäisten kolmen kuukauden aikana ja ne häviävät lähes kokonaan 1-3 vuoden aikana. Ainakin kolmasosalle jää kuitenkin useita vuosia kestävä krooninen oireyhtymä. Monella oireilun vaikeusaste vaihtelee hyvin paljon uusien stressitekijöiden mukaan. Häiriön kesto on selvästi lyhyempi hoitoa saaneilla kuin niillä, jotka hoitoa eivät ole saaneet. (Lönqvist ym. 2017, 378.)

10.2.3 Etiologia

Voimakas traumaattinen tapahtuma on välttämätön, mutta harvoin riittävä tapahtuma aiheuttamaan PTSD:n. Suuronnettomuudet ja voimakkaat tapahtumat voivat aiheuttaa häiriön kenelle tahansa, mutta toisaalta suurin osa uhreista on yleensä toipunut psyykkisesti hyvin ja suurimmalle osalle ei kehity traumaperäistä stressihäiriötä. On arveltu, että PTSD:n syntymiseen ja kroonistumiseen voivat vaikuttaa traumaan liittyvät edeltävät ja sen jälkeiset tekijät. Ihmisarvoa alentavat ja voimakkaasti nöyryyttävät tapahtumat, esimerkiksi kidutus ja massiiviset suuronnettomuudet ovat erityisen traumaattisia tapahtumia. Hoidon puutteellisuus tai sen ulkopuolelle jääminen voivat altistaa traumaperäisen stressihäiriön syntymiselle. Traumaattista tapahtumaa edeltävät mielenterveydelliset häiriöt ovat PTSD:n ja sen kroonistumisen riskitekijöitä, koska ne vaikeuttavat järkytyksestä toipumista ja voivat altistaa traumaattiselle tapahtumalle itselleen. Sosiaalisen tuen vähäisyys on myös yksi riskitekijä, samoin kuin yhteiskunnallinen kielteinen asenne traumaattisen tapahtuman kokeneita henkilöitä kohtaan. Perinnöllisillä tekijöillä saattaa olla myös vaikutusta oireiden kehittymiselle.

PTSD:stä kärsivillä on todettu autonomisen hermoston toiminnan piirteitä, esimerkiksi suurempi sydämen lyöntitiheys, korkeampi verenpaine ja kohonnut sympaattisen her-

moston aktiivisuus levossa ja stressivasteena. On löydetty myös muutamien välittäjä-ainejärjestelmien muutoksia ja aivoissa tapahtuneita muutoksia. Aivotutkimuksissa on havaittu hippokampuksen alueen pientymistä ja amygdalan ja siihen kiinteästi liittyvien aivokuorialueiden poikkeavia aktiivisuusvasteita. Epäselvää on kuitenkin se, ovatko muutokset tapahtuneet trauman jälkeen ja mitkä jo ennen sitä. (Lönngqvist ym. 2017, 378-380.) On myös esitetty, että hippokampuksen koko olisi traumatisoituneilla jo alun perin pienempi, minkä vuoksi he ovat alttiimpia traumatisoitumaan (Suokas-Cunliffe 2015, 157-158).

On todettu, että stressihormoni kortisoli pysäyttää stressireaktion lähettämällä viestin, joka kertoo vaaran olevan ohi. Tällöin hormonit poistuvat elimistöstä ja keho palautuu normaalitilaan. Traumatisoituneilla ihmisillä stressihormonien määrä palautuu normaaliksi todella hitaasti ja traumaperäisessä stressihäiriössä stressihormonien määrä ei palaudu uhkaavan tilanteen jälkeen perustasolle ollenkaan. Signaalit jotka kehottavat taistelemaan, pakenemaan tai jähmettymään, jatkuvat vielä senkin jälkeen, kun vaara on ohi. Stressihormonien jatkuva erittyminen ilmenee kiihtymyksenä, paniikkina ja voi pitkään jatkuessaan turmella terveyden. (Kolk 2017, 43; 61.)

Tutkimuksissa on todettu, että hermosoluihin saattaa trauman seurauksena syntyä anatomia muutoksia, jotka aiheuttavat muutoksia siinä tiedonkäsittelyssä, jota kyseiset hermosolut tekevät. Hermoverkot, joista jokainen vastaa jostakin psyykkisestä toiminnasta, ovat tiiviisti yhteydessä toisiinsa hermosolujen takia ja yhdenkin hermosolun anatomisen muutoksen seurauksena kaikki hermoverkot muuttuvat. Käyttäytymistason ilmenevä vamman suuruus riippuu siitä, kuinka suuri ja äkillinen hermoverkkojen anatominen muutos on ja onko kyse vanhan hyvän toiminnon huonontumisesta vai siitä, että toiminnon kehittyminen estyy. Hermosolu ei ole staattinen yksikkö, vaan se on jatkuvassa muutoksen tilassa oleva kemiallinen prosessi. Tästä syystä tiedonkäsittely hermoverkoissa on jatkuvasti muutoksen alaisena. Nyky-yhteiskunnan psykososiaalisen ja fyysisen ympäristön muutoksen suuri nopeus voi aiheuttaa mielen ongelmia sen takia, että se on informaatiollaan ja muutoksellaan hermoverkkojamme erityisesti kuormittavaa. (Lindeman ym. 2007, 32-34.)

Voisivatko traumaattiset tapahtumat olla niin nopeita muutoksia, että ne kuormittavat hermoverkkojamme ja tästä syystä ihmisille syntyy mielen ongelmia, esimerkiksi PTSD?

10.2.4 Hoito

Kun traumaperäistä stressihäiriötä arvioidaan ja hoitoa suunnitellaan, on tarpeellista pohtia, aiheutuvatko henkilön nykyiset ongelmat traumaattisista stressireaktioista. On tarpeellista tietää, onko henkilö kokenut traumaattisia stressitekijöitä. Se ei ole kuitenkaan yksinään riittävä tieto, koska hoito tulisi kohdistaa juuri PTSD:hen tai muihin traumaattisen stressin aiheuttamiin oireisiin. Traumaperäistä stressihäiriötä arvioitaessa virheitä voi sattua silloin kun henkilön traumaattisen historian arviointi epäonnistuu ja samalla myöhemmin ilmaantuvan PTSD:n seuranta ei onnistu. Toinen virhe hoidon suhteen saattaa olla se, että traumaattinen historia huomioidaan, mutta sen kummemmin asiaa tutkimatta oletetaan, että henkilöllä on PTSD, joka tulee hoitaa. (Frueh, Grubaugh, Elhai & Ford 2012, 31-32.)

Pitkäaikaisesta ja vaikeasta PTSD:stä kärsivät tulisi aina ohjata psykiatriseen erikoissairaanhoidon, kun taas lievät ja lyhytkestoisemmat (1-2 kuukautta) oireyhtymät voidaan hoitaa psykiatristen konsultaatioiden tuella esimerkiksi perusterveydenhuollossa. Hoito on yleensä avohoitoa, mutta jos monihäiriöisyys tai merkittävä toimintakyvyn lasku edellyttävät, hoito voidaan aloittaa sairaalassa. Diagnostiikka ja fyysisten vammojen ja sairauksien tutkiminen voidaan myös laskea hoidon osa-alueiksi. Kärsivällisyys, myötäelävä läpikäynti ja ajan antaminen puhumiselle ovat tärkeitä ja välttämättömiä elementtejä ennen häiriön tunnistamista ja hoidon aloittamista.

Hoidossa noudatetaan aluksi kriisihoidon yleisperiaatteita. Mahdollisten fyysisten vammojen hoito ja kuntoutus sekä asianmukaisen tiedon antaminen henkilölle vammoihin liittyen voi auttaa traumaperäisestä stressihäiriöstä toipumista. Tapahtumia voidaan käsitellä kriisipyskoterapiassa, psykodynaamisessa lyhytpsykoterapiassa ja kognitiivis-behavioristista lähestymistapaa käyttävässä psykoterapiassa. Muiden samanaikaisten häiriöiden tunnistaminen on tärkeää, koska ne vaikuttavat psykoterapian toteutuksen onnistumiseen. Merkittävän suuri ryhmä, 10-20% kroonisesta traumaperäisestä stressihäiriöstä kärsivistä ei hyödy psykoterapian eri muodoista. (Lönngqvist ym. 2017, 380-382.) Voisiko kyse olla esimerkiksi siitä, että asioista puhuminen ei välttämättä ole aina parhain mahdollinen hoitomuoto? Henriksson ja Lönngqvist (2017, 382) kirjoittavat, että vaikka osa ei hyödykään psykoterapioista, voidaan heitä kuitenkin auttaa tukea antavalla hoitosuhteella, toiminnallisella psykiatrisella kuntoutuksella

ja lääkehoidolla. Tukea antava hoitosuhde on toki merkittävässä roolissa, mutta lääkettä en itse pidä ensisijaisena vaihtoehtona sen jälkeen, jos psykoterapia ei auta. Toiminnallinen psykiatrinen kuntoutus antaa jalansijaa psykofyysiselle fysioterapialle sekä sen toiminnallisille menetelmille.

Lääkehoito on aina toissijainen hoitomuoto, mutta jos siihen päädytään esimerkiksi hyvin voimakkaan oireilun tai toimintakyvyn alentumisen myötä, tyypillisimpiä lääkkeitä ovat SSRI-lääkkeet eli serotoniinin takaisinoton estäjät. Bentsodiatsepiinihoito ei ole yleensä suositeltavaa kohonneen riippuvuusriskin takia ja antipsykootti lääkkeitäkin käytetään vain silloin, jos henkilöllä on samanaikainen psykoottinen häiriö. Toipumisen kannalta erityisen suotavaa on se, että henkilö pääsee palaamaan mahdollisimman pian työhönsä tai muihin normaaleihin toimintoihin. Joillakin häiriö voi johtaa hyvin pitkään työttömyyteen ja esimerkiksi vakuutus oikeudellisen käsittelyn pitkittyessä, hoito pitkittyy ja se edistää tilan kroonistumista. (Lönnqvist ym. 2017, 380-383.) Äkillinen, odottamaton tapahtuma vaikuttaa meihin aina psyykkisesti ja fyysisesti. Traumaattisen tapahtuman seurauksena ihminen voi loukata itseään fyysisesti, mutta samalla hänelle syntyy voimakas tunnepitoinen reaktio. PTSD:ssä traumaattisen tapahtuman aiheuttama stressi on voimakasta ja näkyvää sekä mielen, tunteiden ja kehon tasolla. (Siira ym. 2016, 30.)

Kuten todettiin jo aiemmin, kaikille ei synny trauman jälkeen PTSD:tä. Tämä saattaa johtua siitä, että joillain ihmisillä saattaa olla tietynlainen selviytymistapa eli resilienssi, jolla tarkoitetaan tietoista tahtoa ja kykyä selvitä haastavista elämäntilanteista. Ihminen päättää unohtaa menneet ja jatkaa elämäänsä kokemuksesta huolimatta. Usein tällaisilla ihmisillä on parempi stressinsietokyky ja hyvä luottamus siihen, että asiat kääntyvät parhain päin. On tietysti hyvä, että suuntaa katseensa eteenpäin, mutta tässä saattaa piillä riski. Mikäli trauman kokenut päättää selviytyä kokemuksistaan siten, ettei hän huomioi kehossa olevia jäänteitä traumasta, kehossa olevat jännitteet saattavat kroonistua ja aiheuttaa ajan myötä erilaisia oireita. Kehon saattaa olla turtunut tuntemuksille ja tunnottomuudesta huolimatta se kantaa joka päivä sisällään samaa taakkaa, kuluttaen samalla voimia, joita tarvitsemme normaaliin elämiseen. Erilaiset uupumustilat lisääntyvät kehässä, jossa kehoa on pakko turruttaa, jotta kipeät muistot eivät tule esiin. Turruttaminen kuluttaa voimia ja aiheuttaa uupumusta sekä kiputiloja. Tämä saattaa taas aiheuttaa lisää stressiä ja nostattaa pintaan vanhoja säilöttyjä tunteita, joista selviytyäkseen kehoa on pakko jännittää ja turruttaa lisää. Syntyy haastava

noidankehä, josta omin voimin vapaaksi pääseminen voi olla hyvin haastavaa. (Siira ym. 2016, 32-34.) Kolk (2017, 10) kirjoittaa kirjassaan, että trauman kokeminen on todella sietämätöntä ja raskasta. Traumatisoituneet ihmiset pitävät kokemusta niin järkyttävänä, että he yrittävät työntää asian pois mielestään ja olla niin kuin mitään ei olisi tapahtunutkaan. He yrittävät jatkaa elämäänsä, mutta toimeliaana pysyminen vaatii tavattoman paljon energiaa, jos pelottavat muistot ja haavoittuvuuden aiheuttama häpeä painavat mieltä koko ajan.

Eräs brittiläinen tutkimus tutki PTSD:n hoidon vaikuttavuutta. Kohderyhmänä olivat brittiläiset sotaveteraanit, joilla oli todettu PTSD. 401 henkilöä osallistui kuuden viikon pituiseen hoito-ohjelmaan, jossa veteraanit saivat trauma fokuksittua kognitiivista käyttäytymisterapiaa yksilö- sekä ryhmäohjauksessa. Ryhmäohjauksissa toinen ryhmä keskittyi enemmän tiedon lisäämiseen, muun muassa PTSD:n psykologisemiseen ymmärtämiseen ja toinen ryhmä keskittyi oireiden hallitsemiseen. Toiselle ryhmälle ohjattiin esimerkiksi strategioita ahdistuksen hallintaan. Lisäksi heillä oli muutamia taideterapiatuokioita ja neljä toimintaterapeutin tuokiota. Lisäksi jokaiselle osallistujalle tarjottiin vähintään viisitoista, 90 minuutin yksilöaikaa psykologille tai kognitiiviselle-käyttäytymisterapeutille, jotka keskittyivät palvelusajan aikaisiin traumoihin.

Osallistujat täyttivät kyselylomakkeen hoidosta lähdettäessä, kuuden viikon päästä, kuuden kuukauden ja 12 kuukauden kuluttua. 401:stä henkilöstä 268 (67%) tavoitettiin 12 kuukauden kuluttua. Tutkijaryhmä käytti PTSD oireskaala haastattelua (PSS-I), jonka avulla voidaan arvioida PTSD:n olemassaoloa ja voimakkuutta. Tämän lisäksi eri kyselylomakkeilla tutkittiin masennusoireita, ahdistusta, vihan tunteita, alkoholin käyttöä ja töihin ja sosiaalisuuteen sopeutumista.

Tutkimustuloksien yhteydessä havaittiin merkittävää vähenemistä PTSD:n voimakkuudessa. Kuusi kuukautta hoidon jälkeen PTSD:n oireiden voimakkuuden väheneminen havaittiin 87% tutkittavista ja vuoden jälkeen luku oli 83%. PTSD:n oireet vähenivät merkittävästi, mutta toissijaisissa oireissa kuten esimerkiksi masennus, ahdistus, ongelmat vihan kanssa, alkoholiongelmat ja toimintakyvyn lasku tapahtui vain pientä paranemista. Krooniseen PTSD:hen liittyvät ongelmat eli toimintakyvyn lasku ja alkoholiongelmat eivät juurikaan parantuneet PTSD hoidon avulla.

Huomion arvoista on se, että vaikka PTSD:n oireiden voimakkuudessa tapahtui suurta laskua, enemmistö osallistujista (63,8%) sai kuitenkin PSS-I kyselystä tuloksen, joka osoitti, että he täyttäsivät todennäköisesti PTSD:n kriteerit. Sama huomio oli tehty toisessa tutkimuksessa, jossa oli tutkittu kanadalaisia veteraaneja. (Murphy, Spencer-Harper, Carson, Palmer, Hill, Sorfleet, Wessely & Busuttil 2016.)

Tutkimuksessa todettiin PTSD:n oireiden vähenevän hoidon avulla ja tulokset ovat mitattavissa vielä vuoden päästä hoidon päättymisen jälkeen. Vaikka oireet vähenivät, ei voida täydellä varmuudella sanoa, että PTSD:n diagnoosi voidaan poistaa, koska muita oireita saattaa olla vielä jäljellä. PTSD:n hoidon avulla voidaan lievittää PTSD:hen liittyviä oireita, mutta toissijaiset ongelmat tulisi hoitaa erikseen.

11 PSYKOFYYSINEN FYSIOTERAPIA

Psykofyysinen fysioterapia on yksi fysioterapian erikoisala, jossa lähtökohtana on kehon ja mielen välinen vuorovaikutus. Keskeisintä on ymmärtää tätä vuorovaikutusta ja niiden muodostamaa kokonaisuutta (Kinnunen 2016, 20-21), koska se mitä tapahtuu mielessämme, koetaan kehossa ja se mitä koetaan kehossa, heijastuu mieleemme. (Siira ym. 2016, 9.) Perustana on ajatus psykofyysisessä eli kokonaisvaltaisuutta korostavassa ihmiskäsityksessä ja tavoitteena on edistää ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä. Psykofyysisen fysioterapian lähestymistapaa voidaan käyttää kaikessa fysioterapeuttisessa työssä ja monien eri kohderyhmien kanssa, esimerkiksi henkilöille, joilla on traumasta tai post-traumaattisesta stressireaktiosta aiheutuneita fyysisiä oireita. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen [www-sivut](http://www.spsy.fi) 2017.) Lähestymistavalle olennaista on fysioterapeutin näkemys ihmisestä kokonaisuutena, välittämättä siitä, mitä ongelmia kuntoutuksen toimintakyvyssä on (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 265) ja sen tärkeimmät osa-alueet ovat kehon ja mielen sekä terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus, asiakkaan oma kokemus ja kokemuksellinen oppiminen (Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko, & Sipari 2016).

Psykofyysisessä fysioterapiassa käytettäviä työkaluja ovat liikeharjoitteet, hengitys- ja kehotietoisuusharjoitukset, rentoutusmenetelmät, pehmytkudoskäsittelyt ja vuorovai-

kutusta vahvistavat harjoitteet. Harjoitteiden perusajatuksena on tuoda kokemuksellisen oppimisen avulla ratkaisumalleja ja voimavaroja ihmisen elämään. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2017.)

Harjoitusten onnistuminen riippuu hyvin paljon kuntoutujan oikeanlaisesta asennoitumisesta ja tietoisuudesta omiin mahdollisuuksiin liittyen. Pelkkä tietäminen ei riitä, vaan tarvitaan oman konkreettisen tekemisen kautta syntyvää kokemuksellista ymmärtämistä. (Talvitie ym. 2006, 267.)

Kuntoutuksessa otetaan huomioon tunteet, ajatukset ja kokemukset, joita hengitys, asennot ja liikkuminen aiheuttavat (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2017). Asioiden tarkasteleminen tapahtuu ihmisen kokemuksista ja elämyksistä käsin, jolloin ihmisen tulisi ymmärtää itseään kokemuksen kautta (Talvitie ym. 2006, 266).

Kuntoutuksen avulla kuntoutuja oppii muun muassa aistimaan ja arvostamaan omaa kehoaan ja sen reaktioita, saa turvallisemman ja varmemman kontaktin itseensä eli omaan tapaansa vain olla, oppii rentoutumista, stressinhallintaa ja tasapainottumista, pystyy vahvistamaan itsetuntemustaan, oppii vuorovaikutustaitoja, nonverbaalia ilmaisua ja yhdessä toimimista (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2017). Lisäksi terapia auttaa oman kehollisuuden kokemista, tunnistamista ja hyväksymistä (Kinnunen, 2016, 21).

Terapiassa asiakkaan ja terapeutin välinen yhteistyö ja vuorovaikutus ovat erittäin merkittävässä roolissa. Kuntoutuja on aktiivinen osapuoli, jota kannustetaan ja tuetaan ottamaan enenevässä määrin vastuuta omasta kuntoutumisestaan. (Suomen psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen www-sivut 2017.)

Psykofyysisiä fysioterapiamenetelmiä on useita erilaisia, esimerkiksi Roxendalin kehittämä kehoterapia (BBAT), norjalainen psykomotorinen fysioterapia ja Feldenkrais-menetelmä, mutta kaikki niistä perustuvat siihen ajatukseen, että ihminen on kokonaisuus, jossa keho ja mieli ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. (Talvitie ym. 2006 275; 283.)

11.1 Psykofyysisen fysioterapian keinot trauman hoidossa

Trauman ”juurten” ollessa fysiologiassamme, paranemisen ydin löytyy kehosta ja mielestä (Levine 2008, 44). Kolk (2017, 11) on myös sitä mieltä, että yksi parantumisen väylistä on alhaalta ylöspäin suuntautuva väylä, jolloin parantuminen perustuu kehollisiin kokemuksiin.

Trauman hoitamisen ensimmäinen askel on siis kehittää helppo yhteys kehotuntumaan (Levine 2008, 135) eli kehotietoisuuteen, jolloin saadaan kosketus trauman oireisiin. Kun huomio kohdistetaan kehon sisäisiin aistimuksiin, trauman siteitä voidaan löysentää ja kehon sisälle jääneitä energioita pystytään purkamaan. (Levine 2008, 76-77.) Keskeisimpiä terapeuttisia osa-alueita kehotietoisuuden harjoittamisessa ovat suhde alustaan ja kehon liikekeskuksiin, hengityksen tiedostaminen sekä lihaksiston jännitys ja rentoutus (Sundberg 2015, 10). Kehotietoisuusharjoittelu on merkittävässä asemassa trauman hoidossa. Sen lisäksi, että tietoisuus omasta kehosta ja trauman oireista kasvaa, voidaan harjoittelun avulla vaikuttaa suoraan trauman aiheuttamiin tyypillisiin oireisiin, esimerkiksi lihasjännitykseen, hengityksen ja asennon muuttumiseen jo siinä vaiheessa, kun kehotietoisuus ei ole vielä täysin kehittynyt ja kuntoutuja ei tunnista trauman aiheuttamia oireita.

Ihmisen tulisi olla tietoinen sisäisistä tunnereaktioistaan, mutta sen lisäksi tulisi olla tietoinen kehosta ja siitä, kuinka nämä tunteet koetaan mielen tasolla. Kun ihminen ymmärtää trauman syntymekanismin ja hän oppii tunnistamaan sen purkamisen estävät mekanismit, alkaa hän ymmärtää tapoja, joilla keho ja mieli pyrkivät itse parantamaan itsensä. (Levine 2008, 20-21.)

Trauman paraneminen on luonnollinen prosessi, mutta siihen käsiksi pääseminen vaatii kehon sisäisen tietoisuuden hyväksikäyttämistä. Pitkälle kehittyneen ajattelu- ja aistimiskyvyn avulla voimme tietoisesti siirtyä pois traumareaktiosta. (Levine 2008, 144; 23.)

Harjoitteiden yhteydessä on tärkeää muistaa, että traumamuistot saattavat aktivoitua monenlaisten ärsykkeiden eli traumalaukaisijoiden takia. Ärsykkeinä voivat toimia esimerkiksi tietty tuoksu, äkillinen liike vastaanotolla tai kuntoutuja sisäinen koke-

mus, tunne, ajatus tai kehoistimus. (Suokas-Cunliffe 2015, 131.) Toinen huomion arvoinen asia on se, että kehossa tapahtuvien muutosten huomaaminen ensimmäistä kertaa voi olla henkilölle hyvin ahdistavaa (Kolk 2017, 127).

Psykofyysisen fysioterapian kokonaistavoitteena voidaan pitää stressireaktion ja trauman purkamista, koska ne aiheuttavat erilaisia kehon ja mielen tapahtumia, jotka altistavat erilaisten oireiden syntymiselle. Stressireaktion ja trauman purkaminen tulee tapahtua pienin askelin eikä äkillisesti (Levine 2008, 123) ja kuten todettu, ensimmäiseksi tulee kehittää yhteys kehotietoisuuteen.

11.1.1 Kehotietoisuus

Kehotietoisuus on hyvin keskeinen käsite, kun tarkastellaan kehon, mielen ja meissä virtaavan energian yhteyttä. Kehotietoisuus tarkoittaa kykyä aistia tarkasti, mitä omassa kehossa tapahtuu. (Siira ym. 2016, 9; 41.) Se on syvää ja kokonaisvaltaista itsensä tiedostamista, hahmottamista, ymmärrystä ja hallintaa (Herrala ym. 2008, 32). Kehotietoisuus on reitti sisäiseen maailmaan, oman elimistön muodostamiin maise-miin. Oman ärtymyksen, hermostuneisuuden tai ahdistuksen huomaaminen auttaa vaihtamaan näkökulmaa ja avautumaan uusille vaihtoehdoille automaattisten ja tuttu-jen reaktioiden sijaan. Kun keskittyy kehon tuntemuksiin, voi huomata tunteiden he-räävän ja hiipuvan, mikä vahvistaa kykyä hallita niitä. (Kolk 2017, 255.)

Kehotietoisuuden ja tasapainon lisääntyessä toimintakyky parantuu, voimavarat li-sääntyvät, itsetuntemus ja hyvinvointi syventyvät, identiteetti vahvistuu, samoin kuin kyky löytää ja pitää omat rajansa. Tietoisuus omasta suhtautumisesta muihin ja ympä-ristöön tulee mahdolliseksi aivan uudella tavalla. (Sundberg 2015, 10.)

Kehotietoisuusharjoitusten avulla opetellaan tunnistamaan omaa kehoallista käyttäyty-mistä ja herkistytään kuuntelemaan kehon viestejä. Harjoittelun avulla voidaan lisätä kokonaisvaltaisen vapauden tunnetta liikkeissä, olotilassa ja toiminnassa. Harjoittei-den avulla kiinnitetään huomiota kehon tapaan reagoida ja toimia asennon, hengityk-sen, liikkeen ja ympäristön suhteen. Olennaista harjoittelussa on keskittyminen het-keen ja omaan kehoallisuuden kokemukseen. Keho muistaa paljon asioita ja reagoi muistijälkiin esimerkiksi haitallisten liikemallien avulla. Kun ihminen oppii tunnistaa-

maan kehonsa viestejä, voi hän kuuntelun ja harjoittelun avulla saada tilalle harmo-
nista, luonnollista liikettä, löytää keinoja jännitysten lievittämiseksi ja välineitä arjessa
selviytymiseen. Harjoitteluun ei tarvita varsinaisia välineitä, mutta harjoittelu on suo-
siteltavaa aloittaa rauhallisessa ympäristössä. (Sundberg 2015, 10.)

Kun ihminen tuntee jonkin epämiellyttävän tunteen kehossaan, hänen tietoisuutensa
lisääntyy. Jos tunne jatkuu pidemmän aikaa, kehoa ja sen sisältämää epämiellyttävää
tunnetta ei haluta tiedostaa, jolloin ihminen kehittää erilaisia toimintatapoja, joilla tä-
mänkaltainen tietoisuus voidaan välttää tai jopa kieltää. Pahimmassa tapauksessa ih-
minen voi tällöin menettää kokonaan yhteyden kehoonsa. Keho yrittää koko ajan vies-
tittää erilaisista tärkeistä asioista ja jos tämä viestintä katoaa, ei ihminen enää esimer-
kiksi huomaa millaisessa asennossa hän istuu. (Siira ym. 2016, 41-42.)

Tätä voidaan verrata myös tilanteeseen, jossa ihminen tukahduttaa tunteitaan. Tuntei-
den tukahduttaminen johtaa eräänlaiseen kierteseen, joka päättyy lopulta siihen, että
kehotietoisuudessa tapahtuu muutoksia. Esimerkiksi pelon tunteen tukahduttaminen
voi vaikuttaa hengitykseen, kun jännittyneisyyden tunne lisääntyy hengityslihaksissa.
Jos tämä tila jatkuu pitkään, tunnetilan syytä ei selvitetä ja yhteys kehoon menetetään,
voi ihmisen ulkoinen olemus eli asento ja tavat toimia muuttua ja lopulta ne muovaavat
kehotietoisuutta. Jos taustalla olevia tapahtumia ja niiden aiheuttamia tunnetiloja ei
pureta, tietoisuus itsestä ja kehosta alkavat mukautua ja hyväksyä muuttuneen mallin.
(Herrala ym. 2008, 58-59.)

Jotta omaa kehoa ja sen viestejä ymmärtäisi ja oman kehonsa oppisi tuntemaan parem-
min, vaatii se pysähtymistä hetkeen ja tahtoa sisäisen äänen kuuntelemiseen. Harjoit-
telun ja kokemuksen avulla ihminen voi oppia ymmärtämään paremmin itseään ja eri-
laisten oloilojensa ja tuntemuksiensa syitä. Jos tunteita ei pysty tunnistamaan ja käsit-
telemään, voi se johtaa somatisaatioon eli fyysisten oireiden ilmaantumiseen kehossa.
(Sundberg ym. 2015, 5.)

Kehon viestien tulkitsemisessa tarvitaan itsensä kuuntelun kykyä, mutta refleктоivat
kanssaharjoittelijat ovat tarpeellisia, koska heidän kanssaan voi keskustella esiin nous-
seista tuntemuksista ja ajatuksista (Sundberg 2015, 10). Tästä syystä ryhmämuotoinen
harjoittelu ja harjoitteiden purkaminen on tärkeää.

Kun ihminen tuntee olonsa turvalliseksi omassa kehossaan, hän pystyy paremmin ilmaisemaan sanallisesti niitä muistoja, joiden kohtaaminen on ollut aikaisemmin ylivoimaista (Kolk 2017, 335).

Traumatisoituneet tuntevat aina olonsa turvattomiksi kehossaan ja ikään kuin irtaan-tuneensa kokonaan omasta kehostaan. Menneisyys elää heissä kalvavana epämukavuuden tuntuna ja keho säpsähtelee jatkuvasti sisäisten varoitusmerkkien takia. Kehon viestien vääristymisellä tai huomiotta jättämisellä on sen takia ongelmallista, että ihminen ei enää kykene havaitsemaan, mikä on oikeasti vaarallista ja haitallista, eikä hän ymmärrä, mikä on turvallista ja luotettavaa. Itsesäätely edellyttää ystävällistä suhdetta omaan kehoon. Jos se puuttuu, täytyy luottaa ulkoiseen säätelyyn, kuten lääkkeisiin, päihteisiin tai jatkuvaan tuen hakemiseen muilta. Trauman uhri ei voi toipua ennen kuin hän tutustuu kehonsa tuntemuksiin ja ystävystyy niiden kanssa. (Kolk 2017, 122-123; 126-127.)

Trauma, joka alkoi ”siellä jossain”, ilmaisee itseään kehon kautta, eikä ihminen välttämättä ymmärrä tätä yhteyttä. Haastavinta ei ole oppia hyväksymään joskus tapahtuneita kamalia asioita, vaan oppia hallitsemaan sisäisiä tuntemuksia ja tunteita. (Kolk 2017, 83.)

11.1.2 Keho viestittäjänä

Ihmisen asento muodostuu kokonaisuudesta, jonka muodostavat hengitys, eleet, ilmeet, liikkeet, ajatukset, mieliala, tunteet sekä vuorovaikutus ympäristön kanssa (Herrala ym. 2008, 88). Suhde alustaan kertoo siitä, miten ihminen käyttää tukipintaansa ja miten hänen painonsa jakautuu sille eri alkuasunnoissa levossa ja liikkeessä. Asennon ollessa avoin ja rento, tukipinta on koko kehon kokoinen, koska ihminen antautuu tällöin koko painollaan alustan varaan. (Herrala 2008, 94; 93.) Tämä kertoo, että ihmisen on hyvä olla ja hengittää juuri siinä hetkessä (Sundberg 2015, 18). Asennon ollessa sulkeutunut ja jännittynyt, ihminen on pelokas, epävarma tai hänellä on epämukava olo (Sundberg 2015, 18). Tukipinta on tällöin hyvin pieni ja se heijastuu epävarmuutena asennossa ja liikkumisessa ja voi johtaa eri puolilla kehoa esiintyviin erilaisiin kompensoiviin asento- ja liikkumistottumuksiin (Herrala 2008, 93).

Liikekeskukset voidaan jakaa ylempään ja alempaan sekä yhteiseen liikekeskukseen. Ylemmän ja alemman liikekeskuksen risteysalueelle jää kehon niin sanottu liikekeskus eli solar plexus, joka sijaitsee 1.-3. lannenikaman korkeudella kylkikaarien välisellä alueella. (Herrala 2008, 96; Talvitie ym. 2006, 270.) Tästä liikekeskuksesta lähtevät monet liikkeet kuten esimerkiksi kierrot, nostot ja yläraajojen liikkeet. Kun kehon hallinnassa ei ole ongelmia, liikkeet ovat tehokkaita ja niiden suorittamiseen ei tarvita paljon energiaa. (Talvitie ym. 2006, 270-271.) Jos kuitenkin ongelmia on, esimerkiksi kireys selässä, vatsan alueella tai pallealihaksessa, voi se aiheuttaa liikekeskuksen jännittymisen, joka aiheuttaa lukkiutumisen tunteen kehoon (Sundberg ym. 2015, 9). Pallea, poikittainen vatsalihas, pitkä ristiluu-selkälihas, neliskulmainen lannelihas, lannesuoliluulihas ja leveä selkälihas kiinnittyvät solar plexukseen. Lihakset vaikuttavat toistensa kireyteen ja samalla asentoon, hengitykseen ja lihastoimintaketjuihin. Lannesuoliluulihas on anatomisesti yhteydessä palleaan ja on tärkeä linkki mielen ja kehon välillä. Sen automaattinen jännittyminen vaara- ja uhkatilanteissa saa ihmisen refleksinomaisesti suojautumisasentoon, jossa vartalo on kippurassa asennossa. Asento vaikuttaa suoraan hengittämiseen. (Martin, Seppä, Lehtinen, Törö & Lillrank 2010, 21.) Ihmisen tapa elää tunnemaailmaansa kehollaan ja kehossaan alkaa pikkuhiljaa muovata ihmisen asentoa ja tapaa liikkua sekä toimia. Niin sanotut asentomallit, jotka saattavat syntyä muuttuneessa tilanteessa ovat koukistunut tai velto asento (flexiovoittoinen), ojentunut asento (extensiovoittoinen) ja kaksijakoinen (ambivalentti) asento. Flexiovoittoisessa asennossa raajat ja vartalo ovat koukussa. Tällainen sisäänpäin kääntynyt asento voi kertoa pelosta, puolustautumisesta tai pitkäaikaisesta stressistä. Extensiovoittoisessa asennossa asento on ylikorostuneen ojentunut ja lihakset kauttaaltaan jännittyneet ja tiukat. Hengitys on usein pinnallista ja saattaa olla lukkiutunut sisäänhengitysasentoon. Tämänkaltaisessa asennossa rentoutuminen voi olla hyvin haastavaa tai jopa mahdotonta. Ambivalentti asennossa kehon yläosa ja alaosa ovat ikään kuin eri paria; toinen osa on koukistunut ja toinen ojentunut. (Herrala 2008, 98-100.)

Lihäsännitys, varsinkin pitkään jatkuessaan, voi vaikuttaa myös asentoon. Ihminen saattaa reagoida vaikeisiin tilanteisiin tiedostamattomalla lihasjännityksellä. (Herrala ym. 2008, 75.)

11.1.3 Hengitys

Hengitys on silta kehon ja mielen välillä: se muuttuu koko ajan sen mukaan mitä kohtaamme, aistimme, tunnemme ja koemme. Hengitys on sekä tiedostettua että tiedostamatonta, koska autonominen hermosto säätelee sitä. Stressireaktion aikana hengityksemme muuttuu siten, että hengitystiheys nopeutuu, hengitykseen tulee huomaamattomia taukoja ja hengitys tapahtuu hyvin pinnallisesti lihaksia jännittäen. Stressaantuneena uloshengitys usein lyhenee ja uloshengityksen jälkeinen tauko jää lyhyeksi. Lisäksi pallea ja koko vatsan alue jännittyvät, jolloin ne jäävät sisäänhengitysasentoon, koska käytämme enemmän kaulan ja hartioiden alueella olevia apuhengityslihaksia. Taistelupakotilassa aivot käskyttävät sisäänhengityksen korostumista, jotta keho saa kaiken tarvitsemansa hapen stressistä selviytymiseen. Todellisuudessa happea ei tarvita niin paljon eli hengitys muuttuu epätaloudelliseksi. Ratkaisu sympaattisen hermoston rauhoittamiseen on uloshengityksen rauhoittaminen, pidentäminen ja tauko uloshengityksen jälkeen. Tämä aktivoi vagus- eli kiertäjähermon, joka liittyy parasympaattisen hermoston aktivoitumiseen. (Siira ym. 2016, 28; 56.)

Hengitys liittyy hyvin vahvasti tunteisiin ja alitajuntaan. Luonnollinen ja vapaa hengitys lisäävät elinvoimaa ja mahdollistavat monipuolisen liikkumisen. (Sundberg ym. 2015, 9.) Huomion suuntaaminen hengitykseen rauhoittaa ja avaa kehon sekä mielen jumiutuneita energiavirtoja (Siira ym. 2016, 66). Se voi auttaa myös traumaoireiden hallinnassa (Suokas-Cunliffe 2015, 173).

12 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää rauhanturvaajien kuntoutusta luomalla psykofyysisten harjoitteiden harjoitekooste, jota voidaan hyödyntää käytännön työssä rauhanturvaajien kuntoutusjaksojen aikana.

Työn tavoitteena oli tietoisuuden lisääminen kehon ja mielen väliseen yhteyteen, traumanperäiseen stressihäiriöön (PTSD), trauman vaikutuksiin ja psykofyysiseen fysioterapiaan liittyen.

Työ on menetelmältään toiminnallinen. Näin ollen se ei sisällä tutkimusongelmaa eikä tutkimuskysymyksiä. Työn vaiheita olivat kirjoittamisprosessi, harjoitteiden valitseminen sekä niiden yhteen kokoaminen. Työn lopputuloksena syntyi kattava teoriaosuus ja sen pohjalta suunniteltu konkreettinen tuote yhteistyökumppanin käytännön työtä varten.

Teoreettinen viitekehys on vahva ja se käsittelee aihetta kattavasti. Työssä käytetyt lähteet ovat luotettavia ja monet niistä vuoden 2016 tai 2017 puolella ilmestyneitä. Lähdekirjallisuuden valitsemiseen vaikutti enimmäkseen lähteen ilmestymisajan kohta. Joidenkin lähteiden kohdalla tehtiin tietoinen valinta sen suhteen, että lähdetä käytetään, vaikka se onkin noin kymmenen vuotta vanha.

Pubmed-tietokannassa hakusanoina olivat ”military” ja ”PTSD”, jolloin tuloksia tuli todella paljon. Työhön sopivien artikkelien löytäminen osoittautui vaikeaksi. Tutkimusten saatavuus oli haastavaa ja niiden ymmärtäminen aikaa vievää. Artikkelien rajaaminen perustui loppujen lopuksi artikkelin aiheeseen ja sen saatavuuteen. Teoriaosuuden avulla harjoitteet on helpompi ymmärtää, tieto trauman vaikutuksista ihmiseen lisääntyy ja kuntoutusta psykofyysisen fysioterapian avulla on helpompi hahmottaa.

Harjoitteet ovat luotettavia, koska ne on valittu teoreettisen viitekehysten pohjalta. Sen mukaan trauma voi vaikuttaa ihmisen kehotietoisuuteen, muuttaa asentoa, hengitystä sekä aiheuttaa jopa tiedostamattomia lihasjännityksiä kehoon. Tästä syystä harjoitekoosteessa on viisi kehotietoisuusharjoitetta, kolme hengitysharjoitusta, yksi rentoutusharjoitus ja yksi asentoon liittyvä harjoite. Kehotietoisuusharjoitteita on tarkoituksella eniten, koska trauman hoitaminen tulee aina aloittaa luomalla yhteys kehotietoisuuteen. Asentoa havainnoimalla, hengitystä harjoittamalla ja lihasjännityksiä rentouttamalla voidaan vaikuttaa trauman oireisiin.

Harjoitteissa on huomioitava yksilöllisyys sekä eettiset osa-alueet. Kuntoutettava henkilö on oman elämänsä asiantuntija ja hän saa halutessaan kieltäytyä harjoitteiden tekemisestä. Jos henkilö ajattelee, ettei harjoitteilla ole merkitystä hänen kuntoutuksensa kannalta tai hän ei halua puhua kokemuksistaan, on päätöstä kunnioitettava.

Harjoitekooste on onnistunut, käyttökelpoinen ja selkeä kokonaisuus. Kooste sanan käyttäminen tuntui järkevämältä kuin esimerkiksi opas, koska valitut harjoitteet on

koottu yhteen. Jokainen harjoite on omalla sivullaan ja ohjeet voi lukea suoraan koosteesta. Kansilehden jälkeen on lyhyt yleisohjeistus miksi harjoitteita tehdään ja miten niitä kannattaa käyttää.

Teoriapohjan ja harjoitteiden nojatessa voimakkaasti toisiinsa, niitä ei tulisi erottaa. Mikäli teoriapohjaan ei ole perehtynyt, harjoitteet ovat kovin ”irrallinen” osa ja niiden varsinainen merkitys ei avaudu kunnolla.

Käytännön toteutuksen puuttuminen laskee työn luotettavuutta. Firstbeat-mittauksella on tällöin suuri merkitys ja sen avulla harjoitteiden toimivuudesta saadaan tietoa ja niitä voidaan arvioida käytännön työn ohella. Harjoitteiden hyötyjä voidaan arvioida mittarin avulla kiinnittämällä huomiota harjoitteiden kohdalla tapahtuneisiin muutoksiin, esimerkiksi sykevälivaihtelun rauhoittuminen ja palautumisen alkaminen. Kun ihminen palautuu, hän samalla rentoutuu ja rauhoittuu, jolloin trauman aiheuttamat oireet voivat helpottua.

Mittari kertoo kuntoutujan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista, jolloin voidaan saada tietoa kuntoutujan sen hetkisestä tilanteesta ja esimerkiksi kuormittuneisuudesta. Mittauksen avulla saatava konkreettinen näyttö harjoitteiden toimivuudesta helpottaa psykofyysisen fysioterapian tarpeellisuuden ja harjoitteiden tekemisen perustelua. Mittari on oiva motivaattori, koska sen tulokset antavat yksilöllistä ja tarkkaa tietoa juuri omasta itsestä. Laitteen käyttöönotto ei vaadi yhteistyökumppanilta mitään, koska laite on heille jo ennestään tuttu.

Firstbeat-mittauksen ja psykofyysisen fysioterapian yhdistäminen on täysin perusteltua ja suotavaa, koska molemmat lähestyvät ihmistä saman, kokonaisvaltaisen periaatteen mukaisesti. Ne hyötyvät toisistaan, koska mittaus keskittyy ja antaa tietoa niistä osa-alueista, jotka voivat olla trauman seurauksena muuttuneet ja psykofyysiset harjoitteet puolestaan vaikuttavat näihin osa-alueisiin. Mittauksen tuloksien yhteydessä voidaan konkreettisesti nähdä harjoitteiden vaikutukset. Mittauksen ja psykofyysisen näkökulman yhdistäminen onnistuu käytännön työssä parhaiten siten, että harjoitteita tehdään silloin kun mittaus on käynnissä. Yhteistyökumppani voi omien aikataulujensa ja resurssiensa mukaan päättää, miten jakaa harjoitekoosteen kymmenen harjoitetta mittauksen kolmelle päivälle. Harjoitteita tulee tällöin yhdelle päivälle useampia, mutta sillä ei ole merkitystä. Harjoitteet eivät vie paljon aikaa, joten niitä voidaan tehdä esimerkiksi aamu- ja iltapäivällä. Suositeltavaa on, että harjoitteiden välissä on tauko

ja tapahtuu jotain muuta, koska tällöin harjoitteiden aikana tapahtuneet muutokset voivat näkyä paremmin. Mikäli mittauksen ja harjoitteiden yhdistäminen tuntuu yhteistyökumppanin mielestä aluksi vaikealta, voidaan tällöin tapauskohtaisesti päättää miten, kuinka paljon ja keiden kuntoutujien kanssa harjoitteita kokeillaan. Käytännön toteutuksen ja sitä kautta syntyneiden mahdollisten kehittämisideoiden ja muutosten avulla psykofyysinen näkökulma juurtuu työelämään.

Teoriaosuuden avulla tehty päätelmä siitä, että trauman aiheuttamat oireet voivat olla hyvin monimuotoisia ja yksilöllisiä, tuki sitä päätöstä, ettei harjoitteita valittu yhdestä tietystä psykofyysisen fysioterapian menetelmästä, vaan ne poimittiin useammasta menetelmästä ja eri lähteistä. Harjoitteiden valitseminen sujui teoriaosuuden kirjoittamisen jälkeen helposti, koska teoreettisen viitekehyksen avulla oli helpompi hahmottaa mihin osa-alueisiin harjoitteet kannattaa kohdistaa.

Koska ei ole tarkkaa tietoa siitä, minkälaisia oireita kuntoutukseen tulevilla rauhanturvaajilla mahdollisesti on, harjoitekoosteesta pyrittiin luomaan mahdollisimman kattava. Silloin se huomioi erilaisia trauman aiheuttamia oireita ja harjoitteista hyötyvät mahdollisimman monet kuntoutujat. Lyhyen kuntoutusjakson aikana trauman oireisiin vaikuttaminen voi olla hyvin haasteellista. Merkittävimmiksi osa-alueiksi muodostuvat tällöin kokemusten saaminen ja tietoisuuden kasvaminen aiheeseen liittyen. Haasteita työlle asettavat yllä mainitut oireiden kartoittamattomuus ja lyhyt kuntoutusjakso.

Työn hyödyllisyyttä voidaan arvioida myöhemmin esimerkiksi rauhanturvaajilta saamien palautteiden perusteella, harjoitteista nousseiden konkreettisten tuntemusten ja ajatusten avulla, Firstbeat tuloksien avulla ja harjoitekoostetta käyttävien työntekijöiden taholta.

Työn tarkoituksena oli kuntoutuksen kehittäminen psykofyysisen lähestymistavan avulla ja siinä onnistuttiin. Vielä ei voida sanoa toteutuuko tavoite tietoisuuden lisääntymisestä eri aihealueisiin liittyen, mutta se jää nähtäväksi.

Tammikuussa 2017 voimaan astuneiden lakimuutoksien takia, työ on hyvin ajankohdainen ja kuntoutuksen kehittäminen täysin perusteltua. Psykofyysisistä lähestymistapaa ei ole käytetty aiemmin Suomessa rauhanturvaajien kuntoutuksessa, joten täysin uuden näkökulman tuominen kuntoutukseen tekee työstä merkittävän.

Kiinnostuin psykofyysisestä fysioterapiasta jo ensimmäisenä opiskeluvuotena. Opintojakson edetessä kolmantena vuotena varmistuin yhä enemmän siitä, että aihe kiinnostaa minua kovasti ja tunsin saavani opintojaksolla koko ajan lisävarmuutta sen suhteen, että haluan tehdä opinnäytetyöni psykofyysiseen fysioterapiaan liittyen. Mieleeni nousi monia ideoita ja eri asiakasryhmiä, joille psykofyysiset harjoitteet sopisivat, mutta yhteistyökumppani puuttui.

Varsinainen opinnäytetyö sai alkunsa syksyllä 2016 kun olin Laitilan Terveyskodissa fysioterapian harjoittelussa ja sain kuulla siellä toteutuvasta rauhanturvaajien kuntoutuksesta. Kuullessani kuinka traumatisoituneita jotkut kuntoutujat saattavat olla, miten vaikeaa kuntoutukseen pääseminen on ja minkälaisia selityksiä kuntoutuksen maksavien tahojen osalta on tullut, jäin pohtimaan kuntoutuksen kehittämistä. Mieleeni nousi idea psykofyysisen fysioterapian soveltuvuudesta rauhanturvaajille ja esitin ideani Terveyskodille. He kiinnostuivat ajatuksesta, koska eivät ole käyttäneet rauhanturvaajien kuntoutuksessa kyseistä fysioterapian muotoa. Terveyskodilta nimettiin opinnäytetyötäni ohjaava henkilö, jonka kanssa keskustelin työn lähtökohdista. Marraskuun 2016 aikana kävimme sähköpostitse keskustelua työn raameista ja eri osa-alueista.

Alusta asti selkeää oli se, että oman elämäntilanteeni takia halusin tehdä työn, johon ei sisälly käytännön toteutusta. Ajatusta vahvisti kuntoutusjaksojen niukkuus. Ainut vaihtoehto käytännön toteutukselle olisi ollut kesäkuu 2017 ja tiesin, etten ehdi suunnittelemaan harjoitteita siihen mennessä enkä analysoimaan tuloksia kunnollisesti sen jälkeen.

Harjoitteita ei näytetty yhteistyökumppanille ennen valmiin työn luovuttamista eikä niitä pilotoitu. Harjoitteet ja raportti luovutetaan yhteistyötaholle työn esityksen jälkeen syksyllä 2017 sähköisessä muodossa. Theseuksessa julkaistaan vain raportti, jolloin harjoitteiden tekijänoikeudet pysyvät minulla. Harjoitekoosteesta tehdään lisäksi erillinen tulostettu vihkomainen versio, joka luovutetaan Terveyskodille. Tarkoitukseni on olla marraskuisen kuntoutusjakson jälkeen yhteydessä Terveyskotiin ja kysellä siten palautetta harjoitteisiin liittyen. Kun harjoitekooste on ollut käytössä pidemmän aikaa, sen arvioiminen ja kehitysideoiden antaminen on helpompaa.

Harjoitteiden lukumäärästä keskusteltiin yhteistyökumppanin kanssa ja sovittiin, että harjoitteita on 8-10 kappaletta. Tein itse lopulta sen päätöksen, että valitsen harjoitteita 10. Tällöin ne huomioivat tarpeeksi kattavasti kaikki osa-alueet ja harjoitteista hyötyvät mahdollisimman monet kuntoutujat. Muuten sain aiheen rajaamiseen ja ylipäätään koko työhön vapaat kädet.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan kirjoitustyö olisi painottunut alkuvuoteen 2017 sekä huhtikuusta heinäkuulle. Valmis työ oli tarkoitus luovuttaa heinäkuun loppupuolella 2017 ja työn esittäminen olisi ollut elokuun alussa, ennen viimeisen harjoitteluni alkua. Olin alkuvuodesta ulkomaan vaihdossa, jolloin työn tekeminen oli hitaampaa. Vaihtoni takia kirjoitustyö jäi kesäkuukausille ja kesälomien takia, työn luovuttaminen ja esittäminen eivät onnistuneet ajallaan.

Kirjoitustöiden painottuessa kesäkuukausille ja kesätöiden lomaan, työn kirjoittaminen oli rankkaa. Teoriaosuuden kirjoittaminen oli työlästä ja vaativaa, erityisesti rajaamisen takia. Koen kuitenkin, että sain tiivistettyä aiheen selkeäksi kokonaisuudeksi. Pidin yhteistyökumppanini ajan tasalla työn teon eri vaiheissa ja kysyin muutamia neuvoja esimerkiksi harjoitteiden lukumäärään liittyen. Muuten en juurikaan tukeutunut heihin tai ohjaavaan opettajaan työn teon aikana.

Alun perin suunniteltu kyselylomake, joka olisi tukenut harjoitteita ja kuntoutujien subjektiivisempaa kokemusta, jäi tiukan aikataulun takia pois työstä.

Olen ollut todella tyytyväinen kehittämästäni aiheesta ja siitä, että Laitilan Terveyskoti otti ideani vastaan upeasti. Vielä tyytyväisemmäksi tulin, kun rupesin tekemään työtäni ja huomasin, kuinka ajankohtainen aihe minulla olikaan. Esimerkiksi joulukuussa 2016 postiluukustani tipahti Tehy lehti, jonka kannessa oli iso otsikko ”traumoista uskalletaan jo puhua”. (Mäkinen 2016, 14-20.) Artikkelin käsitteli Laitilan Terveyskodin rauhanturvaajien kuntoutusta ja sitä, miten vaikeaa kuntoutukseen pääseminen on ollut. Rauhanturvaamisesta, traumaista ja kuntoutukseen pääsemisen vaikeudesta puhuttiin paljon, erityisesti sen takia, että rauhanturvaamisen alkamisesta oli kulunut tasan 60-vuotta ja uudet lait astuivat voimaan juuri vuoden 2017 alusta.

Opinnäytetyön tekeminen oli opettavaista. Olen oppinut paljon itse aiheesta, mutta myös tieteellisemmän työn tekemisestä. Kirjoittamiseni on parantunut ja koen, että olen oppinut lukemaan tieteellistä tekstiä siten, että osaan kiinnittää huomioni tärkeisiin osa-alueisiin. Tiukan aikataulun ja oman jaksamisen asettuessa vastaan, jotkut osa-alueet ovat jääneet vähemmälle huomiolle eikä niitä ole mietitty loppuun asti. Esimerkiksi harjoitekoosteen arvioimiseen en huomannut keskittyä niin paljon kuin olisi pitänyt. Toisaalta, harjoitteiden arviointi ilman niiden pilotointia on vaikeaa. Tässä heittää kuitenkin jatkotutkimusidea harjoitteiden vaikuttavuuden arvioinnista. Alkuperäiset tavoitteeni yhteiskunnallisemmasta ”herättelystä” aiheeseen liittyen olivat turhan

vaativia, mutta aihe on joka tapauksessa merkittävä sekä ajankohtainen ja olen tyytyväinen lopputulokseen.

Työn ”heikkoutena” on käytännön osuuden puuttuminen. Jos työ tehtäisiin uudelleen, tämä osa-alue huomioitaisiin eri tavoin. Joko siten, että rauhanturvaajille tehtäisiin alkukysely, jossa kysyttäisiin traumaattisista tapahtumista, joita on ehkä todistanut tai kokenut palveluksensa aikana ja mahdollisia oireita. Mielenkiintoista olisi myös tietää, onko joku hakenut apua oireisiinsa ja jos on, niin minkälaista. Toinen vaihtoehto on se, että harjoitteiden toimivuutta kokeiltaisiin käytännön tasolla. Toki se teettäisi lisätyötä, mutta työn luotettavuus kasvaisi. Lisäksi aikatauluttaisin työn teon eri vaiheet paremmin ja aloittaisin työn teon paljon aikaisemmin kuin nyt.

Ihanteellista olisi, jos tulevaisuudessa rauhanturvaajille pystyttäisiin järjestämään ryhmämuotoinen kuntoutus, jossa ryhmä kokoontuisi esimerkiksi kerran viikossa 10 viikon ajan. Ymmärrän kuitenkin jatkoehdotukseni realiteetit eikä tämänkaltaista ryhmää ole välttämättä mahdollista toteuttaa milloinkaan. Jos joku innostuisi jatkamaan työtäni ja tekemään käytännön toteutuksesta opinnäytetyön tämänkaltaisen ryhmä saataisi onnistua. Tällöin harjoitteiden toimivuutta voitaisiin testata käytännön tasolla ja samalla harjoitekoostetta sekä harjoitteita voitaisiin arvioida tarkemmin. Arvioinnin lisäksi harjoitteista saataisiin tarkempaa palautetta.

Teoriaa kirjoittaessani yksi sana on noussut esille useampaan otteeseen ja monessa eri asiayhteydessä; yksilöllisyys. Jos ajatellaan haavoittuvuus-stressimallin yksilöllistä haavoittuvuuskynnystä, kaikki eivät koe asioita samalla tavalla, koska toisella haavoittuvuuskynnys voi olla korkeammalla tasolla kuin toisella. Samoin kehon ja mielen kestävyys erilaisia ärsykeitä kohtaan on yksilöllinen ja myös se, miten aivot reagoivat ja tulkitsevat erilaisia ärsykeitä. Aivot vertaavat ärsykeitä aiempiin, kaikilla ihmisillä erilaisiin kokemuksiin. Tulkinnat siitä, onko ärsyke vaarallinen vai ei ja laukeaako stressireaktio, on yksilöllistä. Yksilöllisyydestä johtuen ei voida myöskään yleistää, että jokaiselle rauhanturvaajalle puhkeaa traumaperäinen stressihäiriö, mikäli henkilö kokee traumaattisen tapahtuman. Tämän ajattelutavan yhteydessä eri määritelmät traumasta ovat myös hieman harhaanjohtavia. Esimerkiksi trauman määritelmä ”ahdistava kenelle tahansa”, ei pidä paikkaansa, koska ihmiset reagoivat tapahtumiin ja ärsykkeisiin yksilöllisesti.

Joka tapauksessa trauman voidaan sanoa olevan fysiologinen ja oireiden johtuvan traumattisen tapahtuman aiheuttamista reaktioista. Trauman jälkeen kehoomme jää ”johtain”. Oli se sitten energiaa, jännitettä tai tunnetta, olisi tämä jokin saatava purettua, koska muuten se saattaa purkautua erilaisina fyysisinä oireina tai mielenterveyden häiriöinä. Ihminen voi esimerkiksi hakeutua masennuksen takia lääkärille, joka määrää tälle masennuslääkkeitä, kun tosiasiasa taustalla vaikuttaakin trauma.

On esitetty erilaisia määritelmiä siitä, mikä trauma on ja mikä johtaa traumatisoitumiseen. Välittämättä siitä, mitä nämä tarkat määritelmät ovat, voidaan kehittyneiden tutkimusmenetelmien ja tutkimustulosten avulla tehdä yksi yhteinen päätelmä. Ihmisen keho ja mieli ovat erottamaton kokonaisuus. Nämä kaksi puolta ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja ihminen tulisi tästä syystä johtuen kohdata kokonaisuutena. On siis perusteltua, että trauman hoitaminen tapahtuu tämän päätelmän pohjalta. Trauma tulisi purkaa psykofyysisen fysioterapian avulla ja kehollisin menetelmin, koska tällöin edellä mainittu kehon sisäinen energia saadaan purettua ja samalla mielen ja kehon väliseen yhteistyöhön voidaan vaikuttaa parantavalla tavalla. Keholliset työskentelytavat voivat olla helpompia tapoja purkaa trauma kuin pelkkä puhuminen.

Kiistämätön totuus on se, että ihminen on psykofyysinen kokonaisuus ja hänet tulisi kohdata tämän periaatteen mukaisesti. Nyky-yhteiskunta alkaa lisääntyvissä määrin ymmärtämään tämän, toiset pitävät sitä itsestäänselvyytenä ja toiset taas eivät. Asiaan kiinnitetään hektisen elämänrytmimme takia enemmän huomiota ja helpotusta haetaan erilaisista hoitomuodoista. Henkinen ja psyykinen ovat enemmän pinnalla kuin ennen. Vahva veikkaukseni on, että psykofyysinen fysioterapia tulee lisääntymään ja sen tarve kasvaa vuosi vuodelta.

“Kukaan ei pysty ”parantamaan” sotaa, kaltoinkohtelua, raiskausta, ahdistelua tai mitään muutaakaan kamalaa tapahtumaa, mutta niitä jälkiä, jotka trauma on jättänyt kehoon, mieleen ja sieluun, voidaan käsitellä” (Kolk 2017, 249).

13 LÄHTEET

Firstbeatin www-sivut. Viitattu 17.5.2017. www.firstbeat.com/fi

Frueh C., Grubaugh A., Elhai, J. & Ford J. 2012. Assessment and treatment planning for PTSD. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken

Hari, R., Järvinen, J., Lehtonen, J., Lonka, K., Peräkylä, A., Pyysiäinen, I., Salenius, S., Sams M. & Ylikoski, P. 2015. Ihmisen mieli. Helsinki: Gaudeamus

Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008, Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Hjelt, Y. 2014. Nyt myös rauhanturvaajat saavat veteraanikuntoutusta – hoitoa tarjotaan ulkomaalaisillekin. Viitattu 29.11.2016. www.yle.fi

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielen-terveysshoitotyö. 5 uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Härkönen, Muhonen, Matinheikki-Kokko & Sipari. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. www.kela.fi

Kinnunen, M. 2016. Mielekäs keho, Kehon tarinoita. Lahti: Lahden Työn Paikka Oy

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kiviharju, V., Suikkari, T. & Tuominen, J. 2016. Alhaalla, 60 vuotta suomalaista rauhanturvaamista ja kriisinhallintaa. Osa 1 Unef 1-Unifil. Helsinki: Books on Demand GmbH.

Kiviharju, V., Suikkari, T. & Tuominen, J. 2017. Alhaalla, 60 vuotta suomalaista rauhanturvaamista ja kriisinhallintaa. Osa 2 Ungomap-Eunavfor med Sophia. Helsinki: Books on Demand GmbH.

Kolk, Bessel Van Der. 2017. Jäljet kehossa. Trauman parantaminen aivojen, mielen ja kehon avulla. Helsinki: Viisas Elämä Oy

Käypä hoidon www-sivut. 2014. Traumaperäinen stressihäiriö. Viitattu 30.5.2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.kaypahoito.fi

Laitilan Terveyskodin www-sivut. www.terveyskoti.fi

Laki sotilastapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta 29.12.2016/1521

Laki tapaturman ja palvelussairauden korvaamisesta kriisinhallintatehtävässä 29.12.2016/1522

Levine, P. & Frederick, A. 2008. Kun tiikeri herää- Trauma ja toipuminen. Oulu: Ouluprint

Lindeman, M., Hokkanen, L. & Punamäki R-L. 2007. Hermoverkot, mielenterveys ja psykoterapia. 2. p. Helsinki: Psykologien Kustannus Oy

Luukkanen, P. Alustava ohjelma kuntoutusviikolle. Vastaanottaja: Lotta Lyytinen. Lähetetty 4.11.2016 klo 13.04. Viitattu 19.9.2017

Luukkanen, P. Opinnäytetyöstä. Vastaanottaja: Lotta Lyytinen. Lähetetty 22.11.2016 klo 11.10. Viitattu 20.9.2017

Luukkanen, P. Opinnäytetyöstä. Vastaanottaja: Lotta Lyytinen. Lähetetty 25.9.2017 klo 9.50. Viitattu 25.9.2017

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2017. Psykiatria. 12. uud. p. Helsinki: Kustantaja Oy Duodecim

Ljungberg, T. 2012. Rentoutumisen avaimet-vapaudu stressistä ja jännityksestä. Helsinki: Delfiini kirjat

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. & Lillrank, B. 2010. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovaikutuksen tukena. Tampere: Mediapinta Oy

Moksu, M. 2016. Rauhanturvaajien tapaturmakorvauksiin uudistus – "Siellä ollaan sotaa muistuttavissa olosuhteissa". Viitattu 1.6.2017. www.yle.fi

Murphy, D., Spencer-Harper, L., Carson, C., Palmer, E., Hill, K., Sorfleet, N., Wesley, S. & Busuttil, W. 2016. Long-term responses to treatment in UK veterans with military-related PTSD: an observational study. www.pubmed.com

Mäkinen, T. 2016. Taistelu hoidosta. Tehy 12, 14-20

Mänttari, M. 2016. Sotilastapaturmalaki muuttuu. Viitattu 9.5.2017. www.stm.fi

Psykofyysisen fysioterapian yhdistyksen www-sivut. Esittely. Viitattu 17.5.2017. www.psyfy.net

Puolustusvoimien www-sivut. Rauhanturvaajan opas. 2016. Viitattu 17.5.2017. www.puolustusvoimat.fi

Rauhanturvaajan opas, 2016. Porin prikaatti

Siira, J. & Palomäki, K. 2016. Kehon viisaat viestit, Vapaaksi kivusta, stressistä ja kuormittavista tunteista. Viro: Tallinna Raamatutrukikoda

Suomisanakirjan www-sivut. Reaktio. Viitattu 30.5.2017. www.suomisanakirja.fi

Suomisanakirjan www-sivut. Häiriö. Viitattu 30.5.2017. www.suomisanakirja.fi

Suokas-Cunliffe, A. 2015. Häpeästä myötätuntoon. Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry

Sundberg, N., Putkisaari, H. & Salmela, J. 2015. Kehoni on pesäni. Matka kehotietoisuuteen- Psykofyysinen lähestymistapa ohjaustyössä. 2. p. Alfa Partners Academy-Solution Models House

Tanhuanpää, A. 2013. Vammautuneiden rauhanturvaajien kuntoutus päästään aloittamaan. Rauhanturvaajalehti 1. Viitattu 17.5.2017. www.rauhanturvaajalehti.fi

Traumaterapiakeskuksen www-sivut. Psykkinen trauma. Viitattu 18.5.2017.

Työeläkelakipalvelun www-sivut. 2017. Sotilastapaturmalaki on kumottu, tilalle kaksi uutta lakia. Viitattu 1.6.2017. www.tyoelakelakipalvelu.fi

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa, Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Yhdistyneiden kansakuntien www-sivut. 2017. Rauhanturvaaminen ja kriisinhallinta. Viitattu 17.5.2017. www.yk.fi